

様式第6号の3（第14条の4関係）

特 定 疾 病 療 養 受 療 証
交 付 申 請 書

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	被保険者番号			
	認定対象者 氏 名	認定対象者 生年月日	年 月 日	
	認定対象者 個人番号			世帯主との 続 柄
	疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先 天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV 感染を含 み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）		

医 師 の 意 見	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
	年 月 日
	名 称
	医療機関の 所在地
	医師名
	Ⓜ

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 _____

世帯主 氏 名 _____

個人番号 _____

竹原市長 様