

特 定 疾 病 療 養 受 療 証  
交 付 申 請 書

|                                                |               |                                                                                                                                 |               |              |
|------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>の<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄 | 被保険者番号        |                                                                                                                                 |               |              |
|                                                | 認定対象者<br>氏 名  |                                                                                                                                 | 認定対象者<br>生年月日 | 年    月    日  |
|                                                | 認定対象者<br>個人番号 |                                                                                                                                 |               | 世帯主との<br>続 柄 |
|                                                | 疾 病 名         | 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>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<br>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<br>師<br>の<br>意<br>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