

決 裁 欄	課 長	課長補佐	係 長	主 任	担当者	合 議

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

世帯主氏名 及び生年月日		大・昭・平・令 年 月 日	被保険者証の記号及び番号	
認定対象者の 氏 名 生 年 月 日 個 人 番 号		昭・平・令 年 月 日 ()	奈7 世帯主との 続 柄	
認定対象者の 住 所		五條市		
医 師 記 載 欄	疾 病 名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅳ因子障害（血友病） <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		
	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 医療機関の名称 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

世帯主 住所

氏名

個人番号 ()

五條市長 殿