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	被保険者記号・番号	
		奈7	
認定対象者の氏名 生年月日 個人番号	昭・平・令　　年　　月　　日 （　　）	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	□　人工腎臓を実施している慢性腎不全 □　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 □　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		
医師記載欄	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

電話番号

個人番号　（　　）

五條市長　　殿