

## 国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

世帯主が記入する欄	世帯主の個人番号		被保険者の記号番号	奈 17	
	世帯主の氏名		世帯主の生年月日	年 月 日	
	認定対象者の個人番号		世帯主との続柄		
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日		
	認定対象者の住所	奈良県磯城郡川西町大字			
	疾病名	1. 人工透析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 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 等 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			

医師の意見欄	<p style="text-align: center;">上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>
--------	---

上記のとおり申請します。

川西町長 殿

年 月 日

世帯主 住 所 奈良県磯城郡川西町

氏 名

電話番号