

決裁区分	課長	課長補佐	係長	係
丙				

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	世帯主氏名 及び生年月日	年 月 日		被保険者の 記 号 番 号	阿国保	
	認定対象者の 氏 名		認定対象者の の 生 年 月 日	年 月 日	世帯主 との続柄	
	認定対象者の 住 所					
	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 又は先天性血液凝固第ⅠⅩ因子障害				

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。					
	令和	年	月	日	所在地	
	医療機関の				名 称	
	医師名				印	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所

世帯主

氏名

印

個人番号

(宛先)阿久根市長