

受付	令和	年	月	日
認定	令和	年	月	日

## 国民健康保険特定疾病療養受療証

### 認定申請書

世帯主が記入する欄	世帯主氏名		被保険者証の 記号・番号		資格	一般・退本・退扶	
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	世帯主との続柄	
	認定対象者の個人番号(マイナンバー)						
	認定対象者の住所	〒 ————— (TEL) —————					
疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血友病 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;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p>
--------	--

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

個人番号

大 分 市 長 殿

※受療証の送付先について別途希望の方はご記入下さい。

住所	〒	—	—————
方書	—————		
連絡先 TEL	—	—	—————