

特定疾病療養受療証交付申請書

	課長	係長	係員	認定欄
決 裁				認定可
				認定不可

被保険者記号・番号	山10		
認定対象者	氏名		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	個人番号(マイナンバー)		
特定疾病名	1	人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全	
	2	血友病(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)	
	3	抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働省大臣の定める者に係るものに限る)	

医師の意見欄	<p>上記の疾病につき、治療を受けていることに相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名 名称</p> <p style="padding-left: 100px;">所在地</p> <p>医師名</p>
--------	--

(あて先)光市長 上記のとおり申請します。	
令和 年 月 日	
申請者 (世帯主)	住所 _____
	氏名 _____
	個人番号 (マイナンバー) _____
(電話番号	- -)

- ※次の方は医師の証明は必要ありません
- ・更正医療券を持参された方。
 - ・前保険での特定疾病療養受療者証を持参された方。