



受付印



受理印

特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	世帯主氏名			被保険者記号番号			
	生年月日	年 月 日					
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	年 月 日		世帯主との続柄	
	個人番号						
	認定対象者の住所	広島県安芸高田市 町 番地					
	疾 病 名	1 血友病 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生大臣の定める者に係るものに限る) *注 1					

医 師 の 意 見 欄	上の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 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 安芸高田市 町 番地						
氏 名						
個人番号						
電話番号						
申請者名						
安芸高田市長 様						

*注 1 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症に関する医療を受けているもの

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員	受 付