認印	理事長	専務理事	事務局長	課長	係

処理欄		
	判定結果	1 ・ 2
	交付年月日	

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者記号番号		（フリガナ） 組合員氏名	印
組合員住所	〒		
（フリガナ） 対象被保険者氏名		生年月日	昭和　　年　　月　　日
個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）			
疾病名（数字を○で囲んでください）	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 ３．抗ウィ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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）		

医師の意見欄	
	上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。 令和　　年　　月　　日 療養取扱機関名称 …… 所在地 …… 医師名 …… 印