

課長	係長	受付

特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証記号番号	宗	個人番号	
認定対象者の氏名		生年月日	年 月 日
認定対象者の住所	宗像市		

医師 の 意 見 欄	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因子障害等 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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)
	上記のとおり令和 年 月 日から診療を受けていることに相違ありません。	
	令和 年 月 日	
	医療機関の	所在地
	医療機関の	名 称
		医師名

上記のとおり、国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住 所 _____
申請者（世帯主）
氏 名 _____
個人番号 _____

宗像市長 あて