課長	係長	課員

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証の記号番号		－
認定対象者	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
	個人番号	
疾　　病　　名		１．　血友病 ２．　人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 ３．　抗ウィ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		うえのと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 医療機関の所在地 医師名　　印

上記のとおり申請します

年　　月　　日

住所　　一関市

世帯主　氏名

個人番号

（電話番号　　）

一関市長　　様

受付支所名（本庁は「本」）	担当
本・花・大・千・東・室・川・藤	