

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 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	