

課長	補佐	係長	係

国民健康保険特定疾病 療養受療証交付申請書

世帯主が記入する欄	世帯主氏名			被保険者記号・番号	奄美一	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日				
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	世帯主との続柄	
	認定対象者の住所	奄美市 町 番 号				
	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因子障害または第Ⅸ因子障害 3. 抗ウイ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	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。					
	令和 年 月 日					
	名 称					
	医療機関の所在地					
	医師名					

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

住所 奄美市

世帯主

氏名

奄美市長 殿