|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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－ |
| 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