

| | | | |
|----|----|----|---|
| 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 | | 被保険者証の記号及び番号 | 奄美一 | |
| | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | 番号 | | |
| | 認定対象者の氏名 | | 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 | | | | 印 |

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

印

奄美市長 朝山 毅 殿