

(第47条関係)

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	被保険者 記号・番号	あ —	世帯主の 氏名								
			個人番号			—			—		
	認定対象者の 氏名	氏名			枝 番	続 柄					
	個人番号			—							
	生年月日	年 月 日									
	認定対象者の 住所	足利市 町 番地			丁目						
	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 又は先天性血液凝固第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									
更生医療の 有 無	有 ・ 無			確 認							

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。										
	年 月 日										
	名 称										
	保険医療機関の 所在地										
	医師名										

上記のとおり申請します。なお、本申請を審査するにあたり、課税状況等を確認することに同意します。

年 月 日

住 所 足利市 町 番地

世 帯 主 丁目

氏 名

(TEL — )

足利市長 あて

事務局使用欄 宛名CD

決定欄	適用区分	1万円	2万円	本人確認	担当	係長	課長
	交付年月日	・	・				
	発効期日	・	・				
	有効期限	有	・	無	・		

※人工腎臓を実施している慢性腎不全で、70歳以上の場合は、適用区分1万円・有効期限なし。