

国民健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

申請者が記入する欄	世帯主氏名		被保険者証番号		認定対象者のマイナンバー	
	認定対象者氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	世帯主との続柄	
	認定対象者住所	尼崎市				
	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因子障害等				

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					
	療養取扱機関					
	名称		所在地		医師名 印	

尼崎市長 あて

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 マイナンバー

住 所

氏 名

※世帯主本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

通知No.

令和 年 月 日 交付決定します		
課長	係長	係