様式第10号の2（第12条の2関係）

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入 | 記号・番号 |  | | |
| 認定対象者  の 氏　名 |  | | |
| 認定対象者  の生年月日 | 昭和・平成・令和・西暦  　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 続柄 |  |
| 個人番号 |  | | |
| 疾　 病 　名 | 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血友病（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（ＨＩＶ感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。） | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の意見 | 上記のとおり治療を受けていることに相違ありません。  令和　　年　　月　　日  医療機関名  住　　　所  医　師　名 |

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

世帯主　住　　所　可児市

氏　　名

個人番号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付者 |  |

電話番号

可　児　市　長　様