

課長	主幹	係長	参事	係

特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	世帯主氏名 及び生年月日	【氏名】	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 証番号	
	認定対象者氏名 及び生年月日	【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							
	認定対象者の個人番号							
	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（いわゆる血友病） 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 欄	上記のとおり診察を受けていることに相違ありません。							
	令和 年 月 日							
	医療機関の名称							
	所在地							
	医師名				印			

上記のとおり申請します。

多良木町長 様

令和 年 月 日

世帯主住所

氏 名 印

個 人 番 号