国民健康保険

特定疾病療養受療証交付申請書

個人番号			

被保険者が記入する欄	世帯主名及び生年月日	明・大 昭・西暦　　年　月　日	被保険者証の番号			
	認定対象者の名前		認定対象者の生年月日	昭 平　　年　月　日 西暦	世帯主との続柄	
	認定対象者の住所	府中市　　町　　番地				
	疾病名	1　血友病 2　人工透析を行う必要のある慢性腎不全 3　血液凝固因子製剤の投与に起因するＨＩＶ感染症				

医師の意見	うえのとおり診療をうけていることに相違ありません。 年　月　日 名称 医療機関の 所在地 医師名　　㊞

上記のとおり申請します。

年　月　日

住所　府中市　　町　　番地

世帯主

名前　　㊞

個人番号			

府中市長　様