

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請

世 帯 主 が 記 入	世帯主氏名及び 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		被保険者証の 記号番号		
	認定対象者の 氏 名		認定対象者の 生 年 月 日	個人番号	昭・平・令 年 月 日	世帯主と の続柄
	認定対象者の 住 所					
	疾 病 名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 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	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。					
	年 月 日					
	医療機関の名称					
	医療機関の所在地					
医師名						
印						

上記のとおり申請します。

(宛先)奈良市長

年 月 日

住 所

世帯主名

電話番号