国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

世帯主が記入する欄	世帯主氏名及び生年月日	年　　月　　日	被保険者証の記号番号	
	認定対象者の氏　　名		世帯主との続　　柄	
	認定対象者の生年月日	年　　月　　日	個人番号	
	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．血液製剤に起因するＨＩＶ感染者		

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 所在地 医師名

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

（宛先）
津市長

住　所
世帯主
氏　名

（注）　慢性腎不全にかかる厚生医療券の提示を行う等により、当該疾病にかかっていることが明らかである者については、当該疾病にかかっていることに関する医師等の意見書の添付は要しない。

受 付