

係 員	係 長	課 長

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書				
被保険者 記号・番号	記 号	0 7 -	番 号	(枝番)
認定対象者	氏 名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
認定疾病名	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 因子障害 又は先天性血液凝固第 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（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）			
上記の認定疾病にかかる助成を受けたいので申請します。 令和 年 月 日 世 帯 主 住 所 墨田区 丁目 番 号 氏 名 電 話 () 墨田区長あて				

医 師 の 意 見 書	
上記の疾病の所見を認めます。	
令和 年 月 日	
保険医療機関	所在地
	名 称
	医師名
	印
電 話	()

注・本書は保険医療機関及び保険医療養担当規則第六条によるものです。