

様式第15号の(1) (第15条関係)

| <p style="text-align: center;">国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書</p> | | | | | |
|--|---|----------------|------------------------|----------------------------|--|
| 世帯主（又は組合員） 氏名及び 生年月日 | 年 月 日 | | 被保険者 記号・番号 | (枝番) | |
| 認定対象者の 氏 名 | | 認定対象者 の生年月日 | 年 月 日 | 世帯主 (又は 組合員) との続柄 | |
| 認定対象者 の 住 所 | | | 認 定 対 象 者 の 個 人 番 号 | | |
| 疾 病 の 名 称 | <p>1 人工腎臓<small>じんじょう</small>を実施している慢性腎不全</p> <p>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</p> <p>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。）</p> | | | | |
| 医 師 の 意 見 欄 | <p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 ㊟</p> | | | | |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>熊谷市長 氏 名 宛</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">世帯主 氏 名 (申請者)</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> | | | | | |