国民健康保険　特定疾病療養受療証　交付申請書

記　号　番　号		西国保		
認定を受ける被保険者	氏　　名		世帯主との続柄	
	住　　所	西之表市		
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日		
	個人番号			
	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Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（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。）		

西之表市長　様

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険特定疾病療養受領証の交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

（世帯主）　住　所　西之表市

氏　名　　㊞

個人番号

来庁者	氏名	個人番号	代理権確認	身元確認	
世帯主				番号 カード	免・パ・障 保・年
代理人			委任状・戸籍 担当者確認（　　）	番号 カード	免・パ・障 保・年