

様式第8号（第14条の2関係）



受付印



受理印

特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	世帯主氏名			被保険者証の番号			
	生年月日	年	月	日			
	認定対象者の氏名			認定対象者の生年月日	年	月	日
	個人番号						
	認定対象者の住所	広島県安芸高田市		町	番地		
	疾病名	1 血友病 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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、厚生大臣の定める者に係るものに限る) *注1					

医 師 の 意 見 欄	上の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							
印							

上記のとおり申請します。							
年 月 日							
		世帯主		住所		安芸高田市	
				町		番地	
		氏名		印			
		個人番号					
		電話番号					
安芸高田市長 様							

*注1 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症に関する医療を受けているもの

決 裁	課長	課長補佐	係長	係員	受付