

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
	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
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