

様式第23号の(1) (第22条関係)

国民健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書																															
世帯主氏名						被保険者証 の記号及び番号																									
認定対象者の氏名				認定対象者の 生年月日	年 月 日			世帯主 との続柄																							
認定対象者の 個人番号																															
認定対象者の 住所																															
疾 病 名	1 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 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（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。） ※該当する番号に○を付けてください。																														
医師の 意見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 平成 年 月 日 名称 医療機関所在地 医師名 印																														
上記のとおり申請いたします。 平成 年 月 日 世帯主 住所 氏 名 印 電 話 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																															
(宛先)																															