

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。 年 月 日 医療機関 名称 所在地 医師名																						
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 世帯主 住所 氏 名 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> </tr> </table>																							
(宛先)																							