

# 野々市市国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

(世帯主記入欄)

被保険者証記号番号			
認定対象者	氏名		続柄
	個人番号	※確認：住基情報・個人番号カード・通知カード・( )	
	住所		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	疾病名	1. 血友病(先天性血液凝固因子障害の一部) 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症	
国民健康保険法施行規則第27条の13の規定により、上記のとおり認定申請をします。			
年 月 日			
住所 野々市市			
世帯主氏名			
個人番号			
電話番号			
野々市市長 あて			

申請者	世帯主・世帯員・その他(氏名: )		
身元確認	運転免許証 個人番号カード その他( )	代理権 の確認	委任状 本人の被保険者証 ( )

(医師の意見欄)

上記のとおり治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	印