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 本人の資格確認書等 （　　）

（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　　㊞