

国民健康保険特定疾病
療養受療証交付申請書

被 保 険 者 の 記 入 欄	認 定 対 象 者	被保険者記号・番号	
		氏 名	
		生 年 月 日	S・H・R 年 月 日
		疾 病 名	1 血友病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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）

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。			
	令和 年 月 日			
	医療機関		所在地	
	名 称			
	医 師 の 氏 名			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

広島市 区長

世帶主 { 住 所
氏 名

世帯主個人番号（マイナンバー）												
認定対象者個人番号（マイナンバー）												

(広島市記入欄)

本人確認	☐ マイナナンバーカード	認定欄	係	主任	課長	認定日	
	☐ 運転免許証	認定可				交付日	
	☐ パスポート	認定不可				交付方法	☐ 窓口 ☐ 郵送
	☐ その他（ ）						