

様式第9号(第15条関係)

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

申請者が記入する欄	被保険者 記号・番号		認定者の 生年月日	年 月 日		
	認定対象者の 氏 名		認定対象者の 個人番号			
	認定対象者の 住 所				続 柄	
	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（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。） 4				

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 医療機関の名称 所 在 地 医 師 名 ㊟
--------	--

国民健康保険法施行規則第27条の13第1項の規定により、上記のとおり申請します。

令和 年 月 日
世帯主 住所

氏名
個人番号
電話

山県市長 様

本人確認欄（来庁者）	受付担当者
免許証・マイナンバーカード その他（ ）	