国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者	記号	10－	番号	（枝番）
	住所			
	氏名			個人番号
	生年月日			
認定疾病名		1　慢性腎不全（人工透析）		
		2　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因子障害等		
		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。）		
発行期日		年　月　日から 年　月　日まで有効		
確認方法		1　都　医療券 2　障　医療証 3　更生医療券 4　レセプト 5　医師の意見書 6　その他（　　）		

上記の認定疾病に係る助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

目黒区長　宛て

年　月　日

申請者（世帯主）　住　所

電　話　（　　）

氏　名

個人番号