

国民健康保険
特定疾病療養受療証交付申請書

認定申請対象者	被 保 険 者 記 号・番 号	山 6 -	氏名		性別	男・女
	生 年 月 日	(昭和・平成・令和) 年 月 日	住所			
	個 人 番 号					
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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（いわゆる血友病） 3. 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				
	備 考					

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 (名 称)				
	(所在地)				
	(医師名)				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

防府市長 池田 豊 様

世帯主 (住 所)

(個人番号)

(氏 名)