

国 民 健 康 保 険  
特 定 疾 病 療 養 受 療 証 交 付 申 請 書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	認定対象者名 及び生年月日		被保険者 記号番号	広 5 8 -
		年 月 日	世帯主との 続 柄	
	個人番号			
	認定対象者の 住 所	東広島市		
	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. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

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

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 東広島市

世帯主

氏 名（署名） \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

東広島市長 殿

※ 慢性腎不全に係る更生医療券の提示を行う場合には医師の意見欄は不要です。

以下には記入しないでください。（市町村記入欄）

☐番号確認    ☐本人確認    ☐代理権確認

審 査	認 定・却 下	受 付 日	年 月 日			発効期日	年 月 日	
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員		台 帳	受領証	通送日
							手交・郵送	／