

様式第45号（第54条関係）

特定疾病療養受療証交付申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の 記号・番号		世帯主氏名 及び生年月日	年 月 日		
	認定対象者の 氏名 (個人番号)	( )	認定対象者 の生年月日	年 月 日	世帯主 との続柄	
	認定対象者の 住 所					
	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 3 抗ウイ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			医療機関の名称 所在地 医師名		
印						

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住 所

氏 名

印

(個人番号)

日光市長 様