

様式第8号（第5条関係）

国民健康保険特定疾病療養受療証再交付申請書

被保険者記号・番号	(枝番)	
認定対象者	氏 名	
	個 人 番 号	
	生 年 月 日	年 月 日
世帯主との続柄		
疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血しょう分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障がい又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障がい（血友病） 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。）	
再 交 付 申 請 理 由	破損等・紛失（ 年 月 日） 紛失場所等（ ）	
上記のとおり届けます。 年 月 日 世帯主 住 所 あま市 氏 名 個人番号 TEL（ ） — 届出者 連絡先（ ） — あま市長 様		

市民生活部保険医療課（甚目寺庁舎）