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

<table>
<tr><td>被保険者記号・番号</td><td colspan="2">（枝番）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">認定対象者</td><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>世帯主との続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>疾病名</td><td colspan="2">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（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。）</td></tr>
<tr><td>再交付申請理由</td><td colspan="2">破損等・紛失　（　　年　　月　　日）
紛失場所等　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり届けます。

年　月　日

住所　あま市
世帯主
氏名
個人番号
ＴＥＬ　（　　）　－
届出者　　連絡先（　　）　－
あま市長　様</td></tr>
</table>

市民生活部保険医療課