

決 裁	課長	課長補佐	主任	係	受理者(支所)

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 証		記 号	香川47	番 号	医 師 の 意 見 欄		
認定を受けようとする 被 保 険 者	氏 名				性 別	男・女	
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	左記のとおり診療を受けていることに 相違ありません。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">平成 年 月 日</div> 医療機関の 名称・所在地 医 師 名 (印)	
	個人番号	—					世帯主との続柄
	住 所						
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. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群						

上記のとおり申請します。

住 所 三豊市

平成 年 月 日 世帯主 氏 名

三 豊 市 長 殿 (印)

1. 疾病名はいずれか該当の番号を○で囲んでください。
2. 医師の意見欄は、慢性腎不全に係る自立支援医療受給者証(更生医療)を提示すれば不要になります。