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		
認定を受けようとする被保険者	氏名				性別	男・女
	生年月日	年　月　日			世帯主との続柄	
	個人番号	ー　ー				
	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				

医師の意見欄
左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。

令和　年　月　日　世帯主　住所　三豊市

氏名

三豊市長　殿

---

1. 疾病名はいずれか該当の番号を〇で囲んでください。
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。