

# 国民健康保険 特定疾病療養受療証書 交付申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証番号			
	認定被保険者の氏名			
	個人番号			
	認定被保険者の生年月日	年	月	日 世帯主との続柄
	疾病名 (該当する疾病名に○印)	1. 先天性血液凝固因子障害 2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症		

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
	医療機関名称
	所在地
	医師名

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 砥部町

氏名

個人番号

TEL

砥部町長様

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	受付