

国民健康保険

特定疾病療養受療証交付申請書

世帯主が記入する欄	記号・番号			
	個人番号			
	認定対象被保険者の氏名			
	生年月日	年	月	日
	認定対象被保険者の住所	東員町		
	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 (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)		

医師の意見書	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	保険医療機関等の名称
	所在地
	医師名 <span style="float: right;">印</span>

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主住所

世帯主氏名

個人番号

東員町長 様

申請者氏名

申請者住所

申請者確認	<input type="checkbox"/> 免許証・ <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他( )
-------	---

〔注〕慢性腎不全に係る更生医療券の提示を行う等により当該疾病にかかっていることが明らかである者については、意見書の添付は要しないこと。