

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証記号番号		香川 15	一般・退職本・退職扶				
認定対象者	氏名						
	個人番号						
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	世帯主との続柄	
	住所	小豆郡土庄町					
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)					

上記のとおり, 特定疾病の認定を受けたく申請します。

令和 年 月 日

申請者(世帯主) 個人番号

住 所 小豆郡土庄町

土 庄 町 長 あて

氏 名 ⑩

電 話

国民健康保険特定疾病認定にかかる医師の意見書

認定 対象者	氏名		性別	男・女
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
	住所	小豆郡土庄町		
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)			
<p>上記のとおり, 診療を受けていることを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">所在地 _____</p> <p style="text-align: center;">医師名 _____ (印)</p>				