

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

記号・番号	香川 15			・	—		
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。

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

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)			
上記のとおり, 診療を受けていることを証明します。				
年 月 日				
医療機関名 _____				
所在地 _____				
医師名 _____				