

受付	平成	年	月	日
交付	平成	年	月	日

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

世帯主記入欄	世帯主の氏名 及び生年月日	大・昭・平 年 月 日	被保険者 証の番号		
	認定対象者の 氏名	認定対象者の 生年月日	昭・平 年 月 日	続柄	
	認定対象者の 住所	岩舟町大字 番地			
	疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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限る)			

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。				
	平成 年 月 日				
	療養取扱機関の		名称	所在地	医師名
	(印)				

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住所 岩舟町大字 番地

世帯主

氏名

(印)

岩舟町長 様