

## 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号番号	山15-			
	世帯主氏名		個人番号		
	認 定 対 象 者	氏名		世帯主 との続柄	
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	個人番号	
		住 所	周防大島町大字		
疾 病 名		1 血漿分画製剤を投与している先天性血漿凝固第Ⅷ因子障害 又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等  2 人工腎臓を実施している慢性腎不全  3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V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 欄	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</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 <span style="float: right;">㊟</span></p>
----------------------------	--

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

周防大島町長 様

世帯主 住 所 周防大島町大字

氏 名

電話番号