

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 1 5 -		
	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	上記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				
	医療機関名				
	所在地				
	医師名				㊟

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