

## 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   | 香川46 | 番号      |     |
| 認定を受けようとする被保険者 | 氏名   |  |      | 性別      | 男・女 |
|                | 個人番号 |  |      |         |     |
|                | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和   | 年月日  | 世帯主との続柄 |     |
|                | 住所   | 東かがわ市  |      |         |     |
|                | 疾病名  | 1.人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>2.血漿分画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<br>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係るものに限る。) |      |         |     |

|   |
|---|
| 医師の意見欄                                  |
| 左記のとおり診療を受けていることに相違ありません。<br><br>令和 年月日 |
| 医療機関の<br>名称・所在地                         |
| 医師名                                     |

上記のとおり申請します。

令和 年月日

住所 東かがわ市  
 世帯主 氏名  
 個人番号

東かがわ市長殿

(註) 1.疾病名はいずれか該当の番号を○で囲んでください。

2.医師の意見欄は、慢性腎不全に係る更生医療券を提示すれば不要となります。