

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 平成 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 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 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。	
令和      年    月    日	
医療機関の 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。