

課長	係長	担当者	係

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	被保険者の記号番号		個人番号	
	認定対象者の氏名		性別	男 ・ 女
	認定対象者の生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	
	疾 病 名 (該当する番号に ○印を付して ください。)	1 人工腎臓(人工透析)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（血友病） 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。		
	年 月 日		
	保険医療機関の 名 称		
	所在地		
	医師名		

玄海町長 様

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

氏 名

.....

住 所 玄海町

.....

電 話

.....