

# 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の記号番号	四国中央 ー				
	世帯主氏名					
	世帯主住所					
	世帯主個人番号					
	認定被保険者氏名					
	認定被保険者生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	世帯主との続柄
	認定被保険者個人番号					
	傷病名	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（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 （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	上記疾病により診療を受けていることに相違ありません。  令和 年 月 日  名称 医療機関の 所在地  医師名 <span style="float: right;">㊟</span>
--------	--

上記のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。  
令和 年 月 日

四国中央市長 様

申請者 住所 四国中央市

氏名

(電話番号 ー ー )

受付	本人確認
	免許証 番号カード その他 ( )