

# 国民健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

認定対象者	被保険者証の 記号・番号	四国中央 ー		
	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	世帯主との 続柄
	個人番号			
医師の意見	傷病名 <small>※該当疾病を○で 囲んでください</small>	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)		
	療養取扱機関名 及び 所在地			
	担当医師名			
	証明年月日			

発行期日(受療証を使用できるようにする日)は申請のあった月の1日です。

申請者(世帯主)	上記のとおり申請します。			
	四国中央市長 様		令和	年 月 日
	住所			
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上		
	電話番号			
	個人番号			

受付	本人確認
	免許証・マイナンバーカード その他( )