第　　号

国民健康保険の特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者記号番号		８４－			
	世帯主(組合員)	住　所	島根県邑智郡邑南町			
		氏　名		生年月日	年　月　日生	男・女
	認定対象者	氏　名		生年月日	年　月　日生	男・女
		個人番号				
		世帯主（組合員）との続柄				
	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（いわゆる血友病） ３．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因子障害等				

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。 令和　　年　　月　　日 名　称 医療機関 所在地 医　師　の　氏　名　　㊞

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

住　　所　邑南町　　番地

世帯主

氏　　名

個人番号

窓口に来た人（世帯主の場合は不要）

住　　所

氏　　名

邑南町長　　大屋　光宏　様