

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		8 4 -													
	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					区 分	一般・退職本人・退職家族								
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因子障害または第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病） 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													
	印													

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

印

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