# 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

<table>
<tr><td>被保険者証</td><td>記　号</td><td>香川４５</td><td>番　号</td><td colspan="3"></td><td>医 師 の 意 見 欄</td></tr>
<tr><td rowspan="4">認定を受けようとする被保険者</td><td>氏　　名</td><td colspan="5"></td><td rowspan="4">左記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。<br>令和　　年　　月　　日<br><br>医療機関の<br>名称所在地<br><br>医師名</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td><td>世帯主との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">疾　病　名</td><td colspan="5">１．血友病<br>２．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br>３．ＨＩＶ</td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日　　世帯主　住　所　さぬき市

さ ぬ き 市 長　殿　　氏　名

| 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

注　疾病名は、いずれか該当の番号を○で囲んでください。
　　医師の意見欄は、慢性腎不全にかかる更生医療券を提示すれば不要となります。

本人確認　A【個カ・免許・住カ（有）・旅券・身障・(　　)】
　　B【保険・住カ（無）・年金・共済・(　　)】
　　C【学生・社員・通キャカ・クレカ・(　　)】

番号確認　【個カ・通カ・住民票写（番号入）・住民票記載事項証明書（番号入）】