

國民健康保險特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証	記号	香川45	番号					医師の意見欄
認定を受けよう とする被保険者	氏名					性別	男・女	左記のとおり、診療を受けていることに 相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の 名称所在地 医師名 印
	個人番号							
	生年月日			世帯主との続柄				
	住所							
疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. H I V							
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 印				
				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。