

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証	記 号	香川 4 5	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 <div>個人番号<div></div></div>															

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。