国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入する欄 | 被保険者証 | 記号 | 氷川 | 番号 |  | | |
| 認定対象者の　氏　名 |  | | 生年月日 | Ｓ  Ｈ　 . .  Ｒ | 申請者との続柄 |  |
| 認定対象者の　住　所 | 八代郡氷川町 | | | | | |
| 疾病名 | 1. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 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Ⅸ因子障害 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 | | | | | |
| 治療開始年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の意見欄 | 上記の疾病によ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  療養取扱機関の　所在地  医師名　　　　　　　　　　　　　印 |

　　　上記のとおり申請します。

　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　八代郡氷川町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

氷　川　町　長　様