

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. 抗ウイ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