

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者		記 号	香 川 1 7	番 号		医 師 の 意 見 欄	
認定を受けようとする 被保険者名	氏 名					左記のとおり診療を受けていることに 相違ありません。 年 月 日 医療機関 の 名 称 所 在 地 医 師 名	
	生年月日	年 月 日	世帯主との 続柄				
	住 所	木田郡三木町大字					
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. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群						
上記のとおり申請します。 年 月 日 三 木 町 長 殿 世 帯 主 氏 名 住 所 木田郡三木町大字							

注) 疾病名は、いずれか該当する番号を○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証を提示すれば不要となります。