

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 17	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				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主住所 木田郡三木町大字</p> <p>三木町長 殿 氏 名</p>					

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。