

国民健康保険特定疾病療養受領証交付申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の記号番号	大津	認定対象者の氏名	
	認定対象者の生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	世帯主との続柄	
	認定対象者の住所		身障者手帳交付の有無	有・無
	疾病名	1、人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全 2、血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅶ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病） 3、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV 感染を含み、厚生大臣の定める者に係るものに限る）		

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 所在地			
	医師名			印

国民健康保険法施行規則第27条の13の規定に基づき、上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所
世帯主 氏名
電話番号

大津町長 様