

様式1

## 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証の記号番号		記号	香川50	番号							
被保険者	氏名				性別	男・女					
	生年月日	昭・平 令	年	月	日	世帯主との 続柄					
	住所	香川県綾歌郡綾川町									
	個人 番号										
疾病の名称	1 人工腎臓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Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(いわゆる血友病) 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を感染含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。) (発病又は透析開始年月日 平成・令和 年 月 日)										
医師の意見欄											
左記のとおり診療を受けていることに相違ありません。											
令和 年 月 日											
療養取扱機関											
名称											
所在地											
医師名											

綾川町長 前田 武俊 様

上記のとおり国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日

世帯主

住所

香川県綾歌郡綾川町

氏名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話

( )

- (留意点) 1 疾病の名称はいずれか該当の番号を○で囲んでください。  
2 医師の意見欄は、慢性腎不全に係る更生医療券を提示すれば不要となります。