

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		枝 幸	被保険者証 番 号			
	認 定 対 象 者	氏 名				性 別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日生			世 帯 主 その続柄	
		住 所	枝幸郡枝幸町				
疾 病 名		1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全					
		2 血漿分画整剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害、 または先天性血液凝固第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					

医 師 の 意 見 欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">所在地</p> <p style="margin-left: 100px;">医療機関の 名 称</p> <p style="margin-left: 150px;">医師名 Ⓜ</p>
----------------------------	---

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 枝幸郡枝幸町
世帯主
氏 名 Ⓜ

電話番号 () -

枝 幸 町 長 様