

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

六ヶ所村長 様

国民健康保険法施行規則第 27 条の 13 第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

年 月 日

被保険者証の記号・番号		六ヶ所-	
世帯主	住所		
	ふりがな		生年月日
	氏名	Ⓜ	年 月 日
	電話番号		個人番号
認定対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（以下の欄は不要です）		
	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	生年月日		個人番号
疾病	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（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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）		

医師の意見欄	上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		
	医療機関の所在地		
	名称		
	医師名 Ⓜ		
電話番号			