国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

認定を受けようとする被保険者	被保険者 記号・番号		生年月日	年　月　日
	氏　名		世帯主から みた続柄	
			個人番号	
	住　所	三重県三重郡菰野町		
	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．　抗ウィ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 医療機関名 所　在　地 医　師　名

菰野町長

上記のとおり申請します。

年　月　日　世帯主住所

世帯主氏名

届出人氏名

世帯主からみた続柄

届出人電話番号

受付処理欄（記入しないでください）

対象世帯課税状況（交付区分）		
ア・イ （上位）	ウ・エ・オ （一般）	高齢者

受領署名	

受付兼電算入力処理担当者　㊞	□ 住民課にて郵送 郵送日　年　月　日

（注）慢性腎不全に係る更生医療券の提示を行う等により、当該疾病にかかっていることが明らかである者については、医師の意見欄の記入は不要です。