

# 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	被保険者証 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 _____ (印)
--------	---

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
受付兼電算入力処理担当者 _____ (印)		

受領署名	
------	--

<input type="checkbox"/> 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。