

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	123456	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	氏 名	菰野 太郎	世帯主から みた続柄	本人
			個人番号	
	住 所	三重県三重郡菰野町 大字潤田 1250 番地		
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。
	医療機関等の証明欄なので、 記入しないでください
	医 師 名

菰野町長

上記のとおり申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

世帯主住所 菰野町大字潤田 1250 番地

世帯主氏名 菰野 太郎

届出人氏名 菰野 太郎

世帯主からみた続柄 本人

届出人電話番号 059-000-XXXX

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

印

☐ 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。