

平内町国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証記号番号	平内 ー			
	フリガナ				
	氏 名				
	個人番号 (マイナンバー)				
	生年月日	S・H・R	年	月 日	男・女
	住 所	平内町大字 ー 字			
疾病の名称	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅳ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)				
医師の意見書	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 ー 年 ー 月 ー 日 医療機関の所在地 名 称 医師氏名 _____ (印)				

(あて先) 平内町長

令和 ー 年 ー 月 ー 日

上記のとおり申請します。

住 所 平内町大字 ー 字
 世帯主 氏 名 _____ (印)
 個人番号
(マイナンバー)
 電話番号 () ー

申請時限度額	受療証交付日	備考
	令和 ー 年 ー 月 ー 日	