

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	被保険者記号番号	平内			—	
	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				
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 年 月 日					
医療機関の所在地		名 称				医師氏名

(あて先) 平内町長

令和 年 月 日

上記のとおり申請します。

住所 平内町大字 字

世帶主 氏 名

個人番号
(マイナンバー)

電話番号 () —

申請時限度額	受療証交付日	備考
	令和 年 月 日	