

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	記 号			番 号												
	交 付 対 象 者	住 所														
		氏 名		生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日	男・女							
				個 人 番 号												
	疾 病 の 名 称	1 人工透析を必要とする慢性腎不全 2 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														
上記の受領証の交付を受けたいので申請します。 令和 年 月 日 申請者 (世帯主) 住 所 _____ 氏 名 _____ 個 人 番 号 _____ 空知中部広域連合長 様																
医 師 の 意 見 欄	上記の疾病に相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 _____ 名 称 _____ 医師名 _____															