国民健康保険　特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証の区分及び記号番号		一般・退職
認定対象者	氏　　名	
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	個人番号 マイナンバー	

疾病の名称

- ☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- ☐ 血漿分画製剤を投与している血友病
- ☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

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。

令和　　年　　月　　日

医療機関　　名称

所在地

医師名　　印

上記のとおり、国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

府中町長

世帯主　　住所　安芸郡府中町

氏名　　印

個人番号
マイナンバー

電話番号　（　　）　　－

＊役場記入欄

疾病確認書類名	認　定	発行期日	確認印	備　考
特定疾病療養受療証 更生医療券 その他（　　）	可・不可 （　　）	年　月　日		