

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			

☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全	
疾病の名称	☐ 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
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。	
府中町長	
令和 年 月 日	
世帯主 住所 安芸郡府中町	
氏名	
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	可 ・ 不可	年 月 日		
更生医療券	()			
その他 ()	()			