国民健康保険　特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者の記号番号																
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先天性血液凝固第VIII因子障害 又は先天性血液凝固第IX因子障害等
	□	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。

令和　　年　　月　　日

府中町長

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 その他（　　）	可　・　不可 （　　）	年　　月　　日		