

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

|                       |           |                                                               |                  |             |
|-----------------------|-----------|---------------------------------------------------------------|------------------|-------------|
| 認<br>定<br>対<br>象<br>者 | 氏 名       |                                                               | 生年月日             | 昭・平・令 年 月 日 |
|                       |           |                                                               | 世 帯 主 と<br>の 続 柄 |             |
|                       | 記 号 ・ 番 号 |                                                               | 個 人 番 号          |             |
|                       | 住 所       | 高知県高岡郡中土佐町                                                    |                  |             |
|                       | 疾 病 名     | 1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br>2. 血友病<br>3. ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 |                  |             |

|                            |                           |  |  |  |
|----------------------------|---------------------------|--|--|--|
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見<br>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 所在地                  |  |  |  |
|                            | 名 称                       |  |  |  |
|                            | 医師名 ⑩                     |  |  |  |

上 記 の と お り 申 請 し ま す 。

令和 年 月 日

住 所 中土佐町  
世 帯 主  
氏 名 ⑩

中 土 佐 町 長 様