

様式1

琴南	出張所	仲南	満濃	検収

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	記号番号	香川48							
認定を受けようとする被保険者	氏名					性別	男	女	
	個人番号					続柄			
	生年月日	年 月 日							
	住所	まんのう町							
疾 病 名	1 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全								
	2 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 (いわゆる血友病)								
	3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定めるものに限る。)								

医師の意見欄	
左記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日	
医療機関の名称	
〃 住所	
医師名	 印
診療を始めた年月日	 年 月 日

上記のとおり申請します。

世帯主の	住 所	まんのう町
年 月 日	氏 名	 印
	個人番号	
	電 話	
届出人の	氏 名	 印 続柄

まんのう町長 殿

(注) 1. 疾病名は、該当の番号を○で囲んでください。
2. 医師の意見欄は、慢性腎不全に係る更正医療券を提示すれば、不要です。
3. 疾病名3にある厚生労働大臣の定めるものとは、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症に関する医療を受けている者をいいます。