

課長	副課長	課長補佐	係長	係

**国民健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書**

申請者が記入する欄	世帯主 氏名		被保険者証 の記号・番号	
	認定対象者 氏名		認定対象者の 生年月日	
	認定対象者 住所	(町)		世帯主 との 続柄
	疾 病 名	1. 人工透析治療を実施している慢性腎不全 2. 血友病 3. 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症		

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。			
	年 月 日			
	療養取扱機関 名称			
	所在地			
	医師名			印

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所
世帯主
氏 名

新 温 泉 町 長 様