|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 世帯主  氏　名 |  | 被保険者番号 |  | | |
| 認定対象者  氏　　　名 |  | 認定対象者の |  | | |
| 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ＨＩＶ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 | | | | | |

新 温 泉 町 長　様

　　上記のとおり申請します。

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　世帯主氏名

　　　　　　　　　　　　連　絡　先