

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

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