

国民健康保険

特定疾病療養受療証 交付 再交付 申請書

世帯主 氏名		被保険者証 の記号番号	—
認定対象者 の氏名		個人番号	
認定対象者 の生年月日	昭・平 年 月 日	世帯主 との続柄	
認定対象者 の住所	朝倉郡筑前町		
疾病名	1. 人工腎臓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 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者に係るものに限る。）		

医師 の 意 見 欄	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。
	平成 年 月 日
	名 称 療養取扱機関の 所 在 地
	医 師 名 <span style="float:right">Ⓜ</span>

筑前町長 殿

平成 年 月 日

上記のとおり申請します。

住 所 筑前町

申 請 者  
(世帯主)

氏 名

Ⓜ

個人番号

電話番号

【役場記入欄】

届出人の確認： 世帯主・代理人（ ）

確認したもの： 免・保・他（ ） No. \_\_\_\_\_