

# 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証 記号番号					
	認定被保険者 氏名		生年 月日	年 月 日	世帯主と の続柄	
	認定被保険者 住所	伊方町 番地				
	疾 病 名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 先天性血液凝固因子障害の一部（いわゆる血友病） 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症				

※ 該当する方へ○印をつけてください。

医師の意見欄	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医療機関の</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p>
--------	---

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 伊方町 番地

世帯主

氏 名

伊 方 町 長 様