

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	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	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
	名 称
	医療機関の所在地
	医 師 名

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