国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

（　新規　・　再交付　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入する欄 | 被保険者証  記号番号 | 山61－ | ふ　り　が　な |  | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大正  昭和  平成　　　　年　　　月　　　日  令和 | | 性別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病名 | １．人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析）  　２．血友病  　３．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の意見欄 | 上記のとおり診察を受けていることに相違ありません。  　　　年　　　月　　　日  医療機関の名　称  　　　　　所在地  医　師　　氏　名 |

上記のとおり申請します。

　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　長門市長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主の住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主の氏名

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　　）　　　－