

国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

氏 名		被保険者証 番号	
個人番号		世帯主と続柄	
生年月日	年 月 日		
住 所	福岡県糟屋郡須恵町大字		
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 (ただし、血液凝固因子製剤の投与に起因するもののみ)		

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	
療養機関の名称・所在地	
医 師 名	

上記のとおり申請します。

年 月 日
住 所 福岡県糟屋郡須恵町大字
申 請 者 _____
氏 名 _____
個人番号 _____

須 恵 町 長 殿