**国民健康保険　特定疾病療養受療証　交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記入欄 | 記号及び番号 | | 和３８ | | |
| 認定対象者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 個人番号 |  | | |
| 傷病名 | | １　慢性腎不全（人工透析）  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因子障害等  ３　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 | | |
| 医師の意見 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。  　　　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　医療機関　名称  　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　医師名 | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　（あて先）白浜町長  令和　　年　　月　　日    　　　　　　　　　　世帯主　　住所　　白浜町  　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　　　個人番号 | | | | | |