**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 |