

## 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

世帯主名		被保険者証 の記号番号	三 好		
認定対象者 の氏名		認定対象者 の生年月日	年	月	日
認定対象者 の住所	徳島県三好市				
認定対象者 の個人番号					
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（HIV 感染を含み、 厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）				

医師の 意見欄	上のおり診療を受けていることに相違ありません。  <div style="text-align: center;">                     年      月      日                       療養取扱機関の                      名称・所在地                      医      師      名                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>
------------	--

上記のとおり申請します。

年      月      日

世帯主 住 所      徳島県三好市

氏 名

三 好 市 長                      殿

保険者記入欄

交付年月日		発行期日		有効期限	
自己負担限度額		1万円 ・ 2万円			