

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

世帯主 氏 名		記号番号	1 3 4 -
認定対象者 の 氏 名		生年月日	年 月 日
個人番号			
認定対象者 の 住 所	福岡県京都郡みやこ町		
疾 病 名	1. 人工腎臓（人工透析）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 見書	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		
	療養取扱機関 名 称		
	所在地		
	医師名		印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所：福岡県京都郡みやこ町

氏 名：

電話：

個人番号：