

# 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者番号		認定対象者 氏名	
世帯主氏名		認定対象者 生年月日	S・H・R 年 月 日生
世帯主個人番号		対象者個人番号	
認定対象者住所			
傷病名	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因子障害等		
医師の意見欄	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

住所 宇美町

世帯主 氏名

TEL ( ) -

宇美町長 殿