

国民健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

年 月 日

(あて先) 伊賀市長

世帯主 住所

氏名

個人番号

下記のとおり申請します。

被保険者証 記号番号							
認 定 申 請 対 象 者	氏名					個人番号	
	生年月日						
	疾病名	1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2 血友病（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					
医 師 の 意 見 欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">㊞</p>						

(注) 慢性腎不全に係る更正医療券の提示を行う等により当該疾病にかかっていることが明らかであるものについては、当該疾病にかかっていることに関する医師の意見欄の記入は不要です。