

認定欄	課 長	課長補佐	主 査	係 員	本人確認書類
・ 認定可 ・ 認定不可					<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()

国民健康保険特定疾病療養受療証
交付・再交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者番号		個人番号		
	認定対象者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日			世帯主との 続柄
	認定対象者の 住所	広島県安芸郡熊野町			
	疾病名	1. 先天性血液凝固因子障害 2. 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症 3. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全			
	備考	※再交付申請の理由等			

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 医療機関の名称 所在地 医師名 <div style="text-align: right;">印</div>
----------------------------	--

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 広島県安芸郡熊野町
氏名
届出人 氏名
TEL () ー

熊野町長 様