

特 定 疾 病 療 養 受 療 証 交 付 申 請 書

被保険者記号・番号	香川 2 ・
申 請 者 名	
生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
国民健康保険医の意見	疾病名（いずれか該当の番号を○で囲むこと） 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8因子障害または先天性血液凝固第9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ものに係るものに限る。 上記 1 2 3 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 医療機関名称 所在地 医師名
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 丸亀市 町 氏 名 (世帯主) 丸 亀 市 長 宛	