

特 定 疾 病 療 養 受 療 証 交 付 申 請 書

被保険者証の記号番号	香川 2 -
申 請 者 名	
個 人 番 号	
生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
国民健康保険医の意見	<p>疾病名（いずれか該当の番号を○で囲むこと）</p> <ol style="list-style-type: none">人工腎臓を実施している慢性腎不全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。） <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名称 所在地 医師名</p>
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>丸亀市 町</p> <p>氏 名 (世帯主)</p> <p>個 人 番 号 <input type="text"/></p> <p>丸 亀 市 長 殿</p>	