

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者	記号	香川45	番号		医師の意見欄
認定を受けようとする被保険者	氏名				左記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日
	個人番号				
	生年月日		世帯主との続柄		医師名
	住所				
疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. HIV				
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日					世帯主住所 さぬき市
さぬき市長 殿					氏名
					個人番号

注 疾病名は、いずれか該当の番号を○で囲んでください。
医師の意見欄は、慢性腎不全にかかる更生医療券を提示すれば不要となります。

本人確認 A【個力・免許・住力（有）・旅券・身障・（ ）】
B【保険・住力（無）・年金・共済・（ ）】
C【学生・社員・通キャカ・クレカ・（ ）】
番号確認 【個力・通力・住民票写（番号入）・住民票記載事項証明書（番号入）】