

国 民 健 康 保 険
特 定 疾 病 療 養 受 療 証 認 定 申 請 書

届 出 者 名		認定対象者 との関係	
電 話 番 号			

フリガナ 世帯主氏名			生年月日	昭・平・令	年	月	日
認 定 対 象 者	フリガナ 氏 名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	記号番号		個人番号		世帯主との 続柄		
	住 所	四万十町					

疾病の名称	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分裂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(血友病) 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限る。)
-------	--

医師の意見書	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 名 医療機関所在地 医 師 名
--------	---

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 四万十町 世 帯 主 氏 名 四万十町長 様	
---	--