

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

世帯主が記入する欄	世帯主氏名 及び生年月日	年 月 日	記号番号	
	認定対象者の 氏 名		世帯主との 続 柄	
	認定対象者の 生 年 月 日	年 月 日	個人番号	
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 3. 血液製剤に起因するH I V感染者		

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。
	年 月 日
	名 称
	医療機関の 所在地
	医師名

上記のとおり申請します。

年 月 日

(宛先)
津市長

住 所
世帯主
氏 名

(注) 慢性腎不全にかかる厚生医療券の提示を行う等により、当該疾病にかかっていることが明らかである者については、当該疾病にかかっていることに関する医師等の意見書の添付は要しない。

受 付