国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

認定対象者	記号番号	103・	被保険者 区　　分	一般　・　退職
	氏　　名			
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
	個人番号			
	住　　所	広川町大字		
	疾病の名称	1　人工腎臓を実施している慢性腎不全 2　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等		

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 【医療機関】（所 在 地） （名　　称） （医 師 名）　　㊞

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。

広川町長　様

年　　月　　日

【世帯主】　（住　　所）　広川町大字

（氏　　名）

（電話番号）

個人番号	