国民健康保険特定疾病認定
兼　療養受領証交付申請書

被保険者証記号番号	剣　－			
認定対象被保険者氏名		男 女	生年月日	年　月　日
個人番号				
被保険者区分	１一般被保険者　２退職被保険者　３退職被扶養者			
疾病名	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因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病） 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者に係るものに限る）			

医師の意見欄	上記のものは、令和　　年　　月　　日から診療を受けていることに相違ありません。 令和　　年　　月　　日 所在地 医療機関 名　称 医師名　　印

上記のとおり特定疾病療養受領証を申請します。

令和　　年　　月　　日

剣淵町長　様

住　所　剣淵町
世帯主
氏　名　　印