

受付印

## 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

令和 年 月 日

(提出先) 松山市長

世帯主 住所 松山市 町 丁目 番地 番 号

氏名

(電話 - )

下記のとおり申請します。

対象者記入欄	被保険者証記号 松国保	番号	保険種類 一般
	認定被保険者の氏名		住所
	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	世帯主との続柄	
	疾病名 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 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者に限る)		

医療機関記入欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。		
	令和 年 月 日		
	医療機関 所在地		
	名称		
	医師名	⑩	

次のとおり決定してよろしいか。

決定区分 1. 認定する 2. 認定しない	発効期日 令和 年 月 日から有効				
課長		照合	入力	証交付	受付