

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 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 ・ 退職	
	認定被保険者の氏名		住所	
	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	性別 男 ・ 女	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	_____ (印)		

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	日から有効	
課長			照合	入力	証交付
					受付