国民健康保険特定疾病療養認定申請書

令和　　年　　月　　日

上富良野町長　様

住　所　上富良野町

申請者　氏　名

連絡先

上記のとおり申請します。

被保険者が記入する欄	記　　号	上富良野	番　号	
	氏　　名		生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日
	疾病名	1　人口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因子障害等 3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

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。 令和　　年　　月　　日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医　　師　　名　　（印）