

主務	合議	係長	課長補佐	課長

立山町国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証の記号番号				
適用対象者の個人番号				
認定を必要とする 被保険者の氏名等	氏名			性別 男・女
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	
疾病の名称	1 血友病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			
医師又は 歯科医師の 意見※				
	令和	年	月	日
	医療機関の 所在地			印
医師又は歯科医師名				
上記のとおり申請します。				
令和 年 月 日				
住所 _____				
(世帯主)				
氏名 _____ 印				
個人番号 _____				
電話 _____				
あて先 立山町長				

備考 ※欄に証明がない場合は、当該疾病にかかっていることに関する医師又は歯科医師の

意見書あるいは当該疾病にかかっていることを証明する書類を提示してください。