|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　　号  **特定疾病療養受療証交付申請書**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 世帯主が記入する欄 | 被保険者証の  記号番号 |  | | 認定対象者の氏名 |  | | 個　人　番　号 |  | | 認定対象者の  生年月日 | 昭和・平成　　年　　　　月　　日 | | 認定対象者  の住所 |  | | 疾病の名称 | １．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全  ２．血　友　病 |  |  |  | | --- | --- | | 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　名 称  　　　　　　　　所 在 地  　　　　　　　　医 師 名 ㊞ |   　　上記のとおり申請します。  　　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　申請者（世帯主）  　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号    　　　　　　　　　代理申請者　住所・氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（☎　 －  －  ）  日出町長　殿 |

本人確認書類　　　□マイナンバーカード　　□免許証　　　□その他（　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　□聴き取り