様式第1の3

特定疾病認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | 疾病名 | | | 1　血友病  2　人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 | | | | | | | | |
| 記号 | 島 | | 番号 | |  | | | | | | |
| 認定対象者氏名 | |  | | | | | 男・女 | 世帯主との続柄 |  | | |
| 生年月日 | 大・昭 | 年　月　日 | |
| 認定対象者住所 | |  | | | | | | | | | |
| 医師の意見欄 | うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。  　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 療養取扱機関 | | | | | | 名称  所在地 | | | | | |
| 医師名　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　　　年　　月　　日  世帯主　住所  氏名　　　　　　　　　　㊞  小野町長　　　　殿 | | | | | | | | | | | | |
| ※処理 | 被保険者区分 | | | | 発効期日 | | 受療証交付年月日 | | | | | 担当者 |
| 1　一般被保険者  2　退職被保険者  3　2の被扶養者 | | | | 年　　月　　日から有効 | | 年　　月　　日交付 | | | | |  |

※欄は、申請者は記入する必要はありません。