

課長	係長	課員

国民健康保険特定疾病療養受療交付申請書

被保険者証の記号番号					
認定対象者	氏名		男・女	世帯主との続柄	
	生年月日		個人番号		
	国保資格区分	1 一般    2 退職本人    3 退職被扶養者			
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 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	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  名称 医療機関の 所在地  医師名 印				
上記のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。  年 月 日 住所 _____ 世帯主 氏名 _____ 印 個人番号 _____ 電話番号 _____  山田町長様					