

決 裁	課 長	補 佐	G L	担当	受 付	年 月 日
		—			決 定	年 月 日
					証 交 付	年 月 日

国民健康保険特定疾病療養
受療証交付申請書

					個人番号								
世 帯 主 記 入 欄	被保険者	記号 番号		世帯主	氏 名								
	フリガナ			生 年 月 日	昭・平	年 月 日							
	氏 名			生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日							
				世帯主との続柄									
	住 所												
疾 病 名	1.人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全												
	2.血友病												
	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	上記疾病について、治療を受けていることに相違ありません。					
	年 月 日					
	所在地					
	医療機関 名 称					
	医師名					

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所

氏名

九重町長 殿