

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	被保険者証 記号 番号			世帯主	氏名
					生年月日
記 入 欄	フリガナ			生年	昭和 年 月 日
	氏名			月日	平成 年 月 日
	住所	世帯主との続柄			
	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