

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

課 長	課長補佐	係 長	係

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	世帯主氏名		被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	
			金 国	
	認定対象者の 氏名生年月日	昭 ・ 平 年 月 日	世 帯 主 と の 続 柄	
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			

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり治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
医師の氏名	印

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

世帯主 氏 名

印

連絡先

住 所

申請者 氏 名

世帯主との
続柄

亞 武 門 長 敬 廷和儿