

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者記号番号					
	認定を受けようとする者の氏名			個人番号		
	認定を受けようとする者の生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日	世帯主 との続 柄
	疾 病 名	1 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 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	上記疾病について診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日				
	医療機関の 所在地				
	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

個人番号

袋井市長