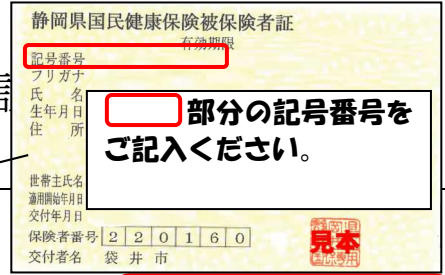


の箇所を
ご記入・押印ください。

療養受療証



部分の記号番号を
ご記入ください。

| | | | | |
|--|------------------|---|-------|---------------------------------|
| 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 治療を受ける方のマイナンバーをご記入ください。 |
| | 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 | | |

治療する病気に○を付けてください。

世帯主から見た治療を受ける方との関係をご記入ください。

| | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| 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 利 医師名 |
| | 上記の病気の主治医の医師が記入 |

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主の内容で記入

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

世帯主のマイナンバー

袋井市長