



の箇所を
ご記入・押印ください。

療養受療計

国保の資格を確認できる書類
(資格情報のお知らせ又は、
資格確認書)に記載されてい
る7桁の「記号番号」を記入

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	<div>1 人工透析を行う必要のある慢性腎不全</div> <div>2 血友病</div> <div>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群</div>				

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 称	上記の病気の主治医の医師が記入
	医師名	

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