

決 裁	課 長	課長補佐・係長	課 員

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

世帯主が記入する欄	世帯主	氏名		被保険者 記号番号	
		生年月日	年 月 日		
	認定対象者の 氏名		認定対象者 の生年月日		年 月 日
	認定対象者の 個人番号				世帯主との 続 柄
	認定対象者の 住 所	杵築市 番地 ( 区)			
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 3.				

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり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 名称
	所在地
	医師名 <span style="float: right;">㊟</span>

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

杵築市長

殿