

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	被保険者証番号	多 一		
	フリガナ			
	認定対象者の氏名			
	認定対象者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	世帯主との続柄
疾病名	1 人工透析治療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	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 (印)</p>
--------	--

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所 多治見市 町 丁目 番地の

世帯主 氏 名 (印)

連絡先

多 治 見 市 長 様

受 付	台 帳	交付年月日	交付番号
		年 月 日	