

国民健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

受 付 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	世帯主氏名		被保険者証 記号番号			
	認定対象者 氏 名		認定対象者 生年月日	年 月 日	世帯主 との続柄	
	個人番号					
	住 所	高岡市				
	疾 病 名	1 血友病 2 人工透析治療をおこなう必要のある慢性腎不全 3 エイズ(厚生労働大臣の認めるもの)				

医 師 の 意 見 書	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					
	名 称					
	医療機関					
	所在地					
医 師 名						

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 高岡市

世 帯 主

氏 名

(電話番号)

富 山 県 高 岡 市 長 あ て

(市記入欄)

本人確認	1.運転免許証 2.個人番号カード 3.その他() 4.不可
------	---------------------------------