

国民健康保険特定疾病療養受領証交付申請書

被保険者証	記号	始国	番号																
世帯主氏名				自治会															
認定対象者	氏名				生年月日	年 月 日													
					個人番号														
	住所				性別														
	疾病名	1. 血友病																	
	2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全																		
	3. 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染																		

医師の意見欄	年 月 日から、上記（ ）の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 _____
	医師名 _____ ⑩

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所 _____

申請人

(世帯主) 氏名 _____ ⑩

始良市長 殿

この申請に係る世帯の世帯主及び被保険者全員について所得区分等を確認しました。 確認者 ⑩・公簿 ⑩	自己負担限度額	<input type="checkbox"/> 1万円
		<input type="checkbox"/> 2万円

上記申請について、交付してもよろしいか。

決 裁 欄				決裁年月日	受領印
課 長	課長補佐	係 長	係		