国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証の記号番号			_		
認定対象者		名	男·女	個人番号	
		月日	世	世帯主との 続柄	
者の国	保資格	S 区分	1 一般 2 退職本人 3 退職被扶養者		
病名		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 HIV		
うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。					
年 月		月	日		
	医療機関名				
の 意 見 書			所在地		
			保険医師名		
上記のとおり受療証の交付を申請します。					
	_				
			世帯主		
			住 所		
			氏 名		
個人番号					
			(電話番号	_)	
盛岡市長 様					
	者の国 病 うえ の と	象者生年者の国保資格病のとおり受療年	象者 生年月日 者の国保資格区分 名 うえのとおり診療を年 月 とおり受療証の交付月	集者	