

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	氏 名	男・女	個人番号	
	生年月日		世帯主との続柄	
認定対象者の国保資格区分		1 一般 2 退職本人 3 退職被扶養者		
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 HIV		
医師 の 意 見 書	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">医療機関名</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">所在地</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">保険医師名 (印)</div>			
上記のとおり受療証の交付を申請します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">世帯主</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">住 所</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">氏 名</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">個人番号</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">(電話番号 —)</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">盛岡市長 様</div>				