

国民健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被保険者の記入欄	被保険者証番号		広12ー		
	世帯主氏名				
	認定対象者	氏 名			
		生 年 月 日		続柄	
		個 人 番 号			
		住 所			
	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. 後天性免疫不全症候群				

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。				
	令和 年 月 日				
	医療機関名 ・ 所在地				
	医 師 名		印		

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

大 竹 市 長 殿

世帯主 住所

氏名

個人番号	
------	--