

# 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

|                    |                                  |                |  |
|--------------------|----------------------------------|----------------|--|
| 被保険者氏名<br>及び生年月日   | 年 月 日                            | 被保険者証<br>の記号番号 |  |
| 認定対象者の氏<br>名及び生年月日 | 年 月 日                            | 被保険者<br>との続柄   |  |
| 認定対象<br>者の住所       | 尾鷲市                              |                |  |
| 疾 病 名              | 1. 血友病<br>2. 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 |                |  |

|            |  |
|------------|--|
| 医師の<br>意見欄 | うえのとおり診断を受けていることに相違ありません。                  |
|            | 平成 年 月 日                                   |
|            | 名 称  |
|            | 医療機関の<br>所在地                               |
|            | 医 師 名 <span style="float: right;">印</span> |

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所 尾鷲市

世帯主の

氏 名 印

(あて先) 尾 鷲 市 長 殿