

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

認定対象者	被保険者番号													
	氏名							生年月日	昭和・平成・令和			年	月	日
	個人番号										世帯主との続柄			
	住所													
	疾病名	1. 人工透析治療を実施している慢性腎不全												
	2. 血友病													
	3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群													

意思の意見書	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								
	療養取扱機関	名称			_____							
		所在地			_____							
	医師名			_____ (印)								

丹波市長 様

上記のとおり国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請いたします。

令和 年 月 日

世帯主 住所 _____

氏名 _____ (印)

個人番号 _____

電話番号 _____

来庁者 氏名 _____

世帯主との続柄 _____

(以下、市役所記載欄)

交付年月日	令和 年 月 日	自己負担額	1万円 ・ 2万円
本人確認	保険証・免許証・その他 ()	番号等	