

	課長	課長補佐	係長	係
決裁				

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		世帯主名
認定対象者に関する こと	氏名		
	生年月日	昭・平・令	年 月 日
		続柄	
		性別	男 女
	住所	みやま市	
	疾病名	① 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 等	

医師の 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 医療機関 名称 所在地 医師名 ※ <small>※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>
------------	--

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

認定対象者の個人番号

--	--	--	--

住所 みやま市

世帯主

電話番号

世帯主の個人番号

--	--	--	--

みやま市長 様

処理欄	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 他()続柄()	受付庁舎 瀬・山・高
	届出者確認 <input type="checkbox"/> 写有 免許証・パスポート・他() <input type="checkbox"/> 写無 保険証・年金手帳・他()	受付者