

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

越前市長 殿

世帯主が記入する欄	被保険者 記号・番号			
	個人番号			
	認定対象者の 住 所	☐ 世帯主に同じ	越前市	
	認定対象者の 氏 名			
	認定対象者の 生年月日	年	月	日
	世帯主との 続 柄		宛名番号	
	上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 世帯主 氏名 個人番号 () 電話番号 (— —)			

医師の証明欄	患者氏名		性別	男・女
	生年月日	年	月	日
	疾病の名称	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 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		
	上記疾病により診療を受けていることを証明します。 年 月 日 所在地 療養取扱機関の 名 称 医師名			