国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険証 記号番号	―
認定対象者	氏　　名 生年月日　　明・大・昭・平　　年　　月　　日 性　　別　　男　・　女
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

医　師　の 意　見　書	上記疾病による診療を受けていることに相違ありません。 平成　　年　　月　　日 （療養取扱機関）住　所 名　称 医師名　　印

上記のとおり申請いたします。

平成　　年　　月　　日

申　　請　　者　　〒　　―
（ 世　帯　主 ）

住　所　　韮崎市

韮崎市長　殿

氏　名　　印