

課長	課長補佐	係長	係員	処 理 欄			
				受付	平成	年	月 日
				交付	平成	年	月 日

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

保険証記号番号		喜 国一			
認定対象者	住 所	渡名喜村 番地			
	氏 名			性 別	男・女
	生年月日	昭和・平成	年	月 日	世帯主との続柄
認定対象者の資格区分		1. 一般 2. 退職本人 3. 退職扶養			
疾 病 名 (医療機関記入欄)		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 欄	上記のとおり診療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 所在地				
	医師名 印				

上記のとおり申請します。					
平成 年 月 日					
世帯主 住 所					
氏 名 印					
渡 名 喜 村 長 殿					

※太枠の中を記入ください。

