

国民健康保険  
特定疾病療養受療  
交付申請書

記入例

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	世帯主氏名	神石太郎		被保険者 の番号	0 1 2 3 4 5 6 7						
	及び生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日									
	世帯主個人番号	000000000000									
	認定対象者の氏名	神石花子	認定対象者の生年月日	昭和	〇〇年〇〇月〇〇日	世帯主との続柄	妻				
	対象者個人番号	000000000000									
	認定対象者の住所	広島県神石郡神石高原町小島 2025 番地									
	疾病名	① 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 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									

医師 の 意 見 欄	<p style="text-align: center;">うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 所在</p> <p style="text-align: center;">医師名 <span style="float: right;">印</span></p>
------------------------	---

上記のとおり申請します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住所 神石高原町小島 2025 番地

世帯主 氏名 神石太郎 印

個人番号 000000000000

神石高原町長様

必ず押印をお願いします。

本 庁	町長	副町長	課長	課長補佐	係長	係員	担当者	本庁受付欄
	摘要							
支 所	支所長	課長	課長補佐	係長	係員	担当者	支所受付欄	
	摘要 (受付処理の状況)							