

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	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> </tr> </table>							0	1	2	3	4	5	6	7
	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 印</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)							