

国民健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	世帯主氏名 及び生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	被保険者 の番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											
	世帯主個人番号														
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	昭和 平成	年 月 日	世帯主と の続柄									
	対象者個人番号														
	認定対象者の住所	広島県神石郡神石高原町													
疾 病 名	1. 血液病 2. 人口透析治療を行う必要のある慢性腎不全														

医 師 の 意 見 欄	うえ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 医師名 印
----------------------------	--

上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 住 所 世帯主 氏 名 印 個人番号
神石高原町長様

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						
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>													
支 所	支所長	課 長	課長補佐	係 長	係 員	担当者	支所受付欄							
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> 摘 要 (受付処理の状況)													