

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	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> </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	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. 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 医療機関の 所在</p> <p style="text-align: center;">医師名 <span style="float: right;">印</span></p>
----------------------------	--

<p style="text-align: center;">上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 世帯主 氏 名 <span style="float: right;">印</span> 個人番号</p> <p style="text-align: center;">神石高原町長様</p>
--

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>													