

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

令和 年 月 日

高砂市長様

下記のとおり申請します。

被保険者の記号・番号		2 8 0 1 7 2											
世帯主	世帯主名												
	世帯主の個人番号												
	世帯主の住所	高砂市											
	電話番号	() —											
認定対象者	対象者の氏名												
	生年月日及び続柄	昭・平・令 年 月 日								世帯主との続柄			
	対象者の個人番号												
	疾病名	1 人工透析治療を実施している慢性腎不全 2 血友病 3 抗ウィ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	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 療養取扱機関の名称 所在地 医師名 印
--------	--