

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	被保険者氏名 及び生年月日	大・昭・平 年 月 日			被保険者証 の記号番号	湧水国保	
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	大・昭・平 年 月 日	被保険 者との 続 柄		
	認定対象者の 住 所	鹿児島県始良郡湧水町					
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全					

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり、治療を受けていることに相違ありません。					
	年 月 日					
	医療機関の名称					
	所在地					
医師名						
印						

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所

世帯主氏名

個人番号

電話番号

湧水町長 殿