

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被記 保入 険す 者る が欄	被保険者の記号 及び番号	岡 6 -		
	認定対象者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号			
	傷病名	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	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。			
	令和	年	月	日
	医療機関	名 称		
		所在地		
		医師名	印	

井原市長 殿

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所

氏 名

個人番号