

担 当	主 査

国民健康保険特定疾病療養受療証  
交付申請書

被 保 険 者 の 記 号 番 号		世 帯 主 名	
住 所			
認 定 者 名		生 年 月 日	世 帯 主 と の 続 柄
疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 等		
上記の通り診療を受けていることに相違ありません			
年 月 日			
療養医療機関の名称 _____			
所在地 _____			
医師名 _____ 印			

上記の通り申請します

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

世帯主名 \_\_\_\_\_

世帯主の個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定者の個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

大牟田市長 殿