

担 当	主 査

国民健康保険特定疾病療養受療証
交付申請書

被保険者証 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