

# 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

伊予市長 様

世帯主 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

世帯主が記入する欄	被保険者証の記号番号						
	認定被保険者	氏 名					
		生年月日	昭・平・令	年	月	日	世帯主との続柄
		個人番号					
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 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症						

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

決 裁	課長	課長補佐	担当			処 理	交付	受付	受付印
被保険者区分		発 効 期 日			受療証交付年月日				
1. 一般 2. 退本 3. 退扶		令和 年 月 日 から有効			令和 年 月 日 交付				