

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	被保険者番号						
	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
本人確認			発 効 期 日			受療証交付年月日			
マイナンバーカード 資格確認書・免許証 ()			令和 年 月 日 から有効			令和 年 月 日 交付			