

大垣市国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

申請者記入欄	被保険者 記号・番号											
	認定対象者 氏名						認定対象者 生年月日	年 月 日				
	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。											
	年 月 日											
	名称											
	医療機関の											
	所在地											
医師名												

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住 所 〒
大垣市

氏 名

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号 ()

大垣市長 様

※負担金額 万円