

免 許	バ ス	住 基	保 険	身 障	年 金	開 取	個 人

第4号様式の3 (第9条の7関係)

## 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	男 ・ 女	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 ⑨

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

電話番号 ( )

大垣市長 様

※負担金額 万円