

# 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者記号番号					
個人番号					
認 定 対 象 者	氏名		性別	男 女	
	世帯主との続柄				
	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	対象者の国保資格	1：一般	2：退職本人	3：退職扶養	
	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 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			
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					
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 世帯主住所 北上市 氏名 印 (届出人 続柄 ) 北上市長 様					