

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	
	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 (届出人 続柄) 北上市長 様		