

## 国民健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者	記号	滝川	番号	
	世帯主名		世帯主 生年月日		年 月 日
	認定対象者 氏名		認定対象者生年月日		年 月 日
			認定対象者個人番号		
	認定対象者 住所			世帯主 との続柄	
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 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。 年 月 日 名称 医療機関の 所在地 医師名 <span style="float: right;">㊟</span>
--------	--

上記のとおり申請します。

年 月 日

滝川市長 様

住所 \_\_\_\_\_

世帯主

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

個人番号 \_\_\_\_\_

(電話番号 - )

認定番号	第	号	認定月日	年 月 日
------	---	---	------	-------

※認定月日については、申請のあった月の初日とする。ただし、新たに被保険者資格を取得した場合

については、当該資格取得月日とする。（昭59.9.28 厚生省国民健康保険課長通知保険発第72号）