

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	123456
	世帯主名	滝川 太郎	世帯主 生年月日	昭和55年 9月 2日	
	認定対象者 氏名	滝川 花子	認定対象者生年月日	昭和56年 5月 1日	
			認定対象者個人番号	1234 1234 1234	
	認定対象者 住所	滝川市〇町〇丁目〇番〇号			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

上記のとおり申請します。

令和〇年 〇月 〇日

滝川市長 様

住 所 滝川市〇町〇丁目〇番〇号

世帯主

氏 名 滝川 太郎

個人番号 1234 5678 9012

(電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇)

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）