

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

(新規 ・ 再交付)

被保険者が記入する欄	被保険者証 記 号 番 号	山 61ー	ふ り が な												
			被保険者氏名												
			個 人 番 号												
	生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	性 別	男 ・ 女								
	住 所														
疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析） 2. 血友病 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群														
備 考															

医師の意見欄	上記のとおり診察を受けていることに相違ありません。
	年 月 日
	医療機関の名称 所在地
	医 師 氏 名

上記のとおり申請します。

年 月 日

長門市長 様

世帯主の住所

世帯主の氏名

個 人 番 号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電 話 番 号 () -