

国民健康保険特定疾病受療証交付申請書

被 保 険 者	記号・番号	垣国	
	氏名		男 ・ 女
	生年月日	S H R	年 月 日
	住所	石垣市	

認定を必要とする意見書

認定疾病名	1 血友病	治療開始年月日
	2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全	年 月 日
原因疾病名	3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	
疾病経過概要		
認定を必要とする理由		
<p>上記理由で認定の必要を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>名 称</p> <p>医療機関の 所在地</p> <p>医師名 印</p>		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

【世帯主】 氏 名

電話番号

個人番号

石垣市長 様