

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	垣国		個人番号	
	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 年 月 日
	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	
原因疾病名		
疾病経過概要		
認定を必要とする理由		
上記理由で認定の必要を認めます。 令和 年 月 日 名称 医療機関の所在地 医師名 印		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

【国保世帯主】 氏 名

電話番号

個人番号

【届出人】 住 所

氏 名

電話番号

対象者との続柄

石垣市長 様

決 裁	課長	課長補佐	係長	係員
決裁年月日	令和 年 月 日			

受付年月日