

決 裁	課長	課長補佐	主務	合議	※事務処理	受療証交付	給付確認

富山県国民健康保険 第 号
 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 (世帯主)	小 矢 部 太 郎		被保険者証 記号番号	0 0 0 0 0 0 0 0			
	個人番号	1111 1111 1111						
	認定対象者の氏名	小 矢 部 花 子	認定対象者の 生年月日	昭和 平成 1年 1月 1日 令和	被保険者 との続柄	妻		
	個人番号	2222 2222 2222						
	認定対象者の住所	小 矢 部 市 本 町 1 番 1 号						
	認定疾病名	1 血友病 ② 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全						

医 師 の 意 見 書	上記のとおり治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						
所在地							
医 師 名							

上記のとおり申請します。							
年 月 日							
		住所	小 矢 部 市 本 町 1 番 1 号				
		世帯主					
		氏名	小 矢 部 太 郎				
		届出者	氏名 小 矢 部 太 郎				
(あて先) 小矢部市長							

の欄は申請者の方が記入してください。
 の欄は医療機関で記入していただく必要があります。