

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)			被 保 険 者 証 記 号 番 号			
	個 人 番 号						
	認 定 対 象 者 の 氏 名		認 定 対 象 者 の 生 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄		
	個 人 番 号			令 和			
	認 定 対 象 者 の 住 所	小 矢 部 市					
	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  
世 帯 主  
氏 名  
届 出 者 氏 名

(あて先) 小矢部市長