

様式第 15 号(第 3 条関係)

国民健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

世帯主が記入する欄	被保険者の 記号及び番号					
	認定被保険者の 氏 名		認定被保険者の 生 年 月 日	年 月 日	世帯主 との 続 柄	
	認定被保険者の 個 人 番 号					
	認定被保険者の 住 所	宇和島市				
	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 3 HIV				

※ 注 該当する方へ○印をつけてください。

医師の 意見 欄	上のおり診療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
	医師名 ㊟	

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住 所
氏 名
生年月日 年 月 日
個人番号

宇和島市長 様