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 | 上のと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　　　　　　　　　　印 | |

　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