

様式第 11 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 | 被保険者証の記号及び番号 | | | | | |
| | 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 | | | | (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