

倉敷市国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証の 記号番号	岡 2																																																									
認定対象者の氏名																																																										
認定対象者の個人番号																																																										
認定対象者の 生年月日																					個人CD																																					
疾 病 名	<input type="checkbox"/> 血 友 病 <input type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症																																																									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>倉敷市長あて</p>																						個人番号											住所											世帯主	氏名											電話 ( )		

※ 太枠内は申請人が記入します。該当する□にチェックしてください。

※ 以下は、特定疾病認定対象者の担当医師が記入してください。

医 師 の 意 見 欄	上記傷病名の診療を受けていることに相違ありません。																			
	令和 年 月 日																			
	保険医療機関の										{ 所在地 _____ 名称 _____									
	保険医の氏名 _____																			

この申請書に対するお問い合わせは、倉敷市役所国民健康保険課給付係 ☎426-3282 へお願いします。