

健康子ども課決裁欄				
課長	課長補佐	班長	課員	担当者

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	受付者
	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 保険証（健康・介護） <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他	

## 国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

(あて先) 南 部 町 長

上記のとおり申請します。				
令和    年    月    日				
申(世帯主)	氏名		個人番号	
	住所	〒	電話番号	-    -
窓口に来られた方	世帯主以外の方が窓口に来られた場合に記入			
	氏名		続柄	(世帯主の)
	住所	〒	電話番号	-    -
世帯主が記入する欄	被保険者証記号・番号	南 南 国保	資格区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養
	療養を受ける者の氏名		生年月日	昭・平・令 年    月    日
	個人番号		宛名コード	
	世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> (世帯主の)		
	住所	南部町大字		
	疾病名	1 血友病 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者)		

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。
	令和    年    月    日
	医療機関 名称
	所在地
	医師名 <span style="float: right;">(印)</span>