

決 裁	部 長	班 長	担 当	係	係 員	交付	・	・
						認定	・	・

特定疾病療養受療証交付申請書

申 請 者 記 入 欄	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					
	記 号	島	番 号					
	認定対象者 氏 名		男 ・ 女	世帯主との続柄				
				生 年 月 日	大 昭 平	年	月	日
認定対象者 住 所								
医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。							
	平成		年	月	日			
	療 養 取 扱 機 関		名 称					
			所 在 地					
		医 師 名		印				
上記のとおり申請します。								
平成		年	月	日				
世帯主		住 所						
		氏 名		印				
会 津 坂 下 町 長 様								
※ 処 理	被保険者区分		発 効 期 日		受 領 証 交 付 年 月 日		担当者	
	1. 一般被保険者							
	2. 退職被保険者 3. 2の被扶養者		平成 年 月 日～有効		平成 年 月 日交付			

※欄は、申請者は記入する必要はありません。