



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 記号及び番号	(枝番)	個人番号																	
	認定被保険者の 氏名	認定被保険者の 生年月日	昭・平・令	年	月	日	世帯主と の続柄													
	認定被保険者の 住所																			
	疾病名	1 人工透析を受ける慢性腎不全 2 血友病 3																		

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。
	年 月 日
	名称
	医療機関の 所在地
	医師名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 _____

世帯主

氏名 _____

個人番号 _____

連絡先 () -

大洲市長 二宮 隆久 様

事務処理欄 (以下は記入必要ありません)

番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	【 確認日 : . . 】
	<input type="checkbox"/> 職権確認 <input type="checkbox"/> その他 ()	【 確認者 : 】
本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	

課長	課長補佐	係長	係	決定区分
				1 承認する 2 承認しない

