



保険年金課		
課長	係長	主務

発効期日 令和 年 月 日

射水市国民健康保険 <b>特定疾病療養受療証交付申請書</b>			
認定対象者の 氏名及び生年月日、 個人番号	(昭和・平成・令和 年 月 日) 個人番号：	被保険者証 の記号番号	
認定対象者の住所		射水市	
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 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	
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。 令和 年 月 日  医療機関の 名 称 所在地 医師名		
上記のとおり申請します。		令和 年 月 日	
射水市長あて		申請者 住 所 射水市	
		(世帯主) 氏 名	
		個人番号	
		(連絡先) 電 話 ( )	

(※) 他保険加入時に認定を受けていた場合、受療証の写しがあれば省略可とする。