



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			
特定疾病療養受療証交付申請書			
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	
		世帯主との 続 柄	
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 抗ウイ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。