課長	係長	課員

国民健康保険特定疾病療養受療交付申請書

<table>
<tr><td colspan="2">被保険者証の記号番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">認定対象者</td><td>氏名</td><td></td><td></td><td>世帯主との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td><td>個人番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>国保資格区分</td><td colspan="4">一般　　退職本人　　退職被扶養者</td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病名</td><td colspan="4">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</td></tr>
<tr><td>医師の意見欄</td><td colspan="5">うえ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
名称
医療機関の
所在地
医師名　　印</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記の通り申請します
平成　　年　　月　　日
住所
世帯主
氏名　　印
個人番号
（電話番号　　）
滝沢市長　殿</td></tr>
</table>

受付支所名（本庁は「本」）	担当