

決	課 長	副 課 長	給付班長	担当者	受付者
裁					

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者		記 号	山 8	番 号	
被 保 険 者	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
	個人番号				
特 定 疾 病 名					
疾病の認定年月日		令和 年 月 日			
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 (世帯主) 住 所 山口県岩国市 氏 名 個人番号 電話 (あて先) 岩国市長					

特 定 疾 病 に 関 す る 意 見 書		
被保険者氏名		
認定疾病名		
上記の疾病であることを認める。 令和 年 月 日 (医療機関) 所 在 地 名 称 医師氏名		
備 考	受 付 印	

- ※ 特定疾病とは、血友病、慢性腎不全（人工透析を必要とするもの）、後天性免疫不全症候群（抗ウイルス剤を投与しているもので、厚生大臣の定めるものに限る。）等をいう。
- ※ 意見書は、医療機関で記入してください。