

特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	世帯主氏名及 び生年月日	年 月 日	被保険者証 の記号番号	—		
	認定対象者 の氏名		認定対象者 の生年月日	年 月 日	世帯主と の続柄	
	認定対象者 の住所	島根県雲南市 (自治会)				
	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	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名 称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 ⑩</p>
----------------------------	---

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

世帯主 住 所 島根県雲南市

氏 名

雲 南 市 長 殿

雲南市処理欄	受理番号 (第 号)	却 下 (理由)
	台帳番号 (第 号)	処理年月日 年 月 日