

決 裁	令和 年 月 日			
	課 長	課長補佐	係 長	係

受 付 印	
照 合	

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者 記号番号		弘前	世帯主 氏 名			電話番号	—			
認 定 対 象 者	(ふりがな)			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	世帯主との 続 柄	
	氏 名									
		住 所	弘前市大字							
	疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害、又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害								
医 師 の 意 見 欄	うえのとおり診察を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名 称 医 師 名									

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所 弘前市大字
世 帯 主
氏 名

弘 前 市 長 殿