

| 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 氏名 | | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 世帯主との 続柄 |
| 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