

記号番号	浜 中	9	9	9	9	9	9	
世帯主	住所	浜中町霧多布東4条1丁目 35番地1					個人番号	111111111111
	氏名	浜中 太郎					生年月日	昭平〇〇年〇〇月〇〇日
認定対象者	氏名	浜中 はな					生年月日	昭平〇〇年〇〇月〇〇日
	個人番号	555555555555					世帯主との続柄	母
傷病名	①人工透析が必要な慢性腎不全 ○血液透析による障害(血友病) ○血液製剤投与に起因する後天性免疫不全症候群							

医師の証明が必要となります。

医師の意見欄	上記の疾病により診療を受けていることに相違ありません。
	平成 年 月 日
	医療機関の名称
	医療機関の所在地
	医師の氏名 <span style="float: right;">(印)</span>

上記のとおり、国民健康保険特定疾病療養受給者証の交付を申請します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 浜中町 霧多布東4条1丁目35番地1

世帯主氏名 浜中 太郎 (印)

(窓口に来た方 同 上 )

連絡先 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇

浜 中 町 長 様