

課長	係長	課員

国民健康保険特定疾病療養受療交付申請書

被保険者証の記号番号	—		
認定対象者	氏名	男・女	世帯主との続柄
	生年月日	年 月 日	
	国保資格区分	1. 一般 2. 退職本人 3. 退職被扶養者	
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	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません 年 月 日 名称 医療機関の 所在地 医師名 印		
上記のとおり申請します			
年 月 日			
住所			
世帯主			
氏名			
個人番号			
(電話番号)			
一関市長 様			

受付支所名（本庁は「本」）	担当
本・花・大・千・東・室・川・藤	