

国民健康保険  
特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	被保険者証の記号及び番号	岡 5 -												
	認定対象者の氏名							認定対象者の生年月日	昭・平・令			年	月	日
	個人番号													
	傷病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全												

医 師 の 意 見 書	うえのとおり診療をうけていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	医療機関の名称
	所在地
	医師名 <span style="float: right;">㊟</span>

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者住所 笠岡市 \_\_\_\_\_  
(世帯主)

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

個人番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話 \_\_\_\_\_

笠岡市長 殿