

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	記 号	上富良野	番 号	
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生
	認定対象者の 住 所	北海道空知郡上富良野町		
	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		

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。			
	令和 年 月 日			
	医療機関の所在地			
	医療機関の名称			
	医 師 名			(印)

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所 上富良野町
世帯主 氏 名 (印)

上富良野町長 様