

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・令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・令〇〇年〇〇月〇〇日
	個人番号	55555555555					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							
医師の意見欄	医師の証明が必要となります。							
	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。							
	令和 年 月 日							
	医療機関の名称							
	医療機関の所在地							
医師の氏名 (印)								
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。								
令和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								