

別記様式第 17 号 (第23条関係)

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

	被保険者証の記号・番号	
	対象者の氏名・生年月日	年 月 日生
	疾 病 の 名 称	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 その他 ( )
世帯主記入欄	上記のとおり申請します。	
	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>紋別市長 様</p> <p>世帯主</p> <p>住 所</p> <hr/> <p>氏 名 (印)</p> <hr/> <p>電 話 番 号</p> <hr/>	
医師意見欄	上記疾病に相違ありません。	
	<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 (印)</p>	

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができます。

世帯主記入欄	被保険者証の記号・番号		記入不要です
	対象者の氏名・生年月日	紋別 花子 昭和52年 4月 1日生	受療証の交付を受ける方の氏名・生年月日を記入してください
	疾病の名称	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 その他 ( )	疾病の名称に○を付してください
世帯主記入欄	上記のとおり申請します。		日付は記入不要です
	紋別市長	様	
	世帯主		世帯主の住所・氏名・電話番号を記入してください 忘れずに「押印」してください
	住所	紋別市××町1丁目1番1号	
氏名	紋別 太郎 (印)		
電話番号	(0158) 12-3456		
医師意見欄	上記疾病に相違ありません。		医療機関の証明欄です 医療機関の証明日を記入してください 医師名は、担当医師が署名してください 忘れずに「押印」してください
	平成25年 4月 1日		
	医療機関		
	所在地	〇〇市△△町2丁目2番2号	
名称	〇〇病院		
医師名	〇△ ×□ (印)		

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができます。

**【申請時の注意点】**

- ・ 医師意見欄は、医療機関にて記入する必要があります
- ・ 必ず保険証を提示してください
- ・ 押印が必要ですので、忘れずに印鑑を持参してください