

第10号様式(第13条関係)

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者 (世帯主) 氏名及び 生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生			被保険者証の 記号及び番号	南さつま	
	認定 対象者 氏名		認定 対象者の 生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	被保険者 (世帯主) との続柄		
	認定対象 者の住所						
	疾 病 名	1 血友病 2 人工透析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。 年 月 日
	医療機関の名称
	所在地
	医師名

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

南さつま市長 様

被保険者 住所 南さつま市  
(世帯主)  
氏名