

決 裁	令和 年 月 日			
	課長	課長補佐	係長	係

照 合	受 付 印

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	弘前	世帯主 氏名		電話番号	—	
認 定 対 象 者	(ふりがな) 氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	世帯主との 続柄
	住所	弘前市大字				
	疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害、又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害				
医 師 の 意 見 欄	うえのとおり診察を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 所在地 医療機関 名 称 医 師 名 </div>					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 弘前市大字 _____
世帯主 _____
氏名 _____

弘 前 市 長 殿