

国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者 記 号 番 号		記 号	柏 国	番 号			
被保険者氏名				男・女	生年月日	昭平令 年 月 日	
個人番号							
疾 病 名							
上記のとおり、国民健康保険特定疾病療養受療証を交付していただくよう申請します。							
令 和 年 月 日							
柏 原 市 長 様							
世帯主	住所	柏原市					
	氏名				連絡先	()	
届出人	住所				世帯主との続柄		
	氏名				連絡先	()	

医師の意見書

該当者氏名				男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
疾病名・経過						
上記のとおり、現在加療中であることを証明します。						
令 和 年 月 日						
医療機関等	所在地					
	名称					印
	担当医名					印

処 理 欄	備 考		マイナ保険証	有・無	発行履歴	□
			交 付	有・無	申 告	□
			交 付 日	/	負 担 上 限 額	万円
			交 付 方 法	窓・郵送	一 覧 表 入 力	□