（ＤＬ施行規則第 27 条の７の様式）

事務長	課長	業務係

特定疾病療養受療証交付申請書

（准）組合員記入欄	記号番号	医　　－	（准）組合員氏名		
	認定対象者氏名		（准）組合員との続柄		
	認定対象者の生年月日	昭・平　　年　　月　　日	年齢	歳	
	認定対象者の住所	〒　　－ TEL　　－　　－			
主治医記入欄	疾病名	1　人工透析治療を実施している慢性腎不全 2　血友病 3　その他（　　）			
	診療開始日	昭和・平成　　年　　月　　日			
	所見				
	平成　　年　　月　　日 保険医療機関の所在地及び名称 医師氏名　　㊞				

上記のとおり前年分所得確認書類を添えて申請します。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

平成　　年　　月　　日

(准)組合員氏名　　㊞

組合記入欄	交付年月日		＊備考
	発効年月日		
	回収年月日		
	旧但し書き所得	円	
	区分	上位所得　・　一般所得	