

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 00 - 12345	(准)組合員氏名	国保花子											
	(准)組合員との続柄	父	(准)組合員個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
	認定対象者の生年月日	昭平 28 年 1 月 12 日	認定対象者氏名	国保伍平											
	認定対象者の住所	〒603-0000 京都市北区△△△町 213 番地 Tel. 075-111-1111													

マイナンバーを記入

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 30 年 9 月 4 日												
	所見	慢性腎不全に対し血液透析が必要である。												

平成 30 年 9 月 9 日

保険医療機関の所在地及び名称 京都市左京区○○○△△町 100-99 医療法人○○会 △△△病院

医師氏名 ○ ○ ○ ○ (印)

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 30 年 9 月 12 日

(准)組合員氏名 国保花子 (印)

組合員記入欄	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	