

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	
	認定対象者氏名	国保伍平	(准)組合員との続柄	父	
	認定対象者の生年月日	昭・平 18 年 1 月 12 日	年齢	65	歳
	認定対象者の住所	〒603-0000 京都市北区△△△町213番地 Tel 075-111-1111			
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 21 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。			
入欄	平成 21 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	○○ ○○ ④			
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 21 年 9 月 12 日 (准)組合員氏名 国保花子 ④					

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	