

事務長	確認	担当

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			
			(准)組合員個人番号			
	(准)組合員との続柄		認定対象者氏名			
			認定対象者個人番号			
	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	〒 - 市 - 区 - 丁目 -					
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・令和 年 月 日				
	所見					
		令和 年 月 日 保険医療機関の所在地及び名称 医師氏名 <span style="float: right;">④</span>				
<p>上記のとおり前年分所得確認書類を添えて申請します。</p> <p>京都府医師国民健康保険組合理事長様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(准)組合員氏名 <span style="float: right;">④</span></p>						

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	