

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の 記号・番号	記号	N					番号					
被 保 険 者	氏名						男	1 一般被保険者				
	生年月日						女	2 退職被保険者				
	個人番号											
認定疾病名						診療 開始日	平成	年	月	日		

保 険 医 の 意 見	<p>うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>保険医療機関の所在地及び名称</p> <p style="text-align: center;">保険医氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>
----------------------------	--

上記のとおり国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請いたします。

平成 年 月 日

野沢温泉村長 殿

世帯主

住 所

氏 名

印