様式第2号

県 単

公費負担者番号	5	1	1	6	9	0	1	9
※受給者番号								

特定疾患医療受給者証交付申請書（新規・更新）

受給者	フリガナ		性別	男・女	職業	
	氏名					
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）				
	住所	〒□□□—□□□□ TEL				
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄		
		保険種別	協会・組合・船員・共済 国保(組合・一般・退職)・後期高齢	記号番号		
		被保険者証発行機関名				
		所在地				
病名						
受診医療機関	名称（診療科）		（　　）		（　　）	
	所在地					

上記のとおり、特定疾患医療受給者証の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年　　月　　日　　〒

住所

申請者

氏名

（受給者との続柄　　）

富山県知事　殿

添付書類

(1) 特定疾患個人票
(2) 住民票その他の現住所を確認できる書類
(3) 特定疾患医療受給者証(更新のみ)

受付印

(注)

1) 被保険者証及び他法による医療受給資格がある方は、受給者証等の提示をお願いすることがあります。
2) ※欄は記入しないで下さい。