

千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証に関する証明願

令和 年 月 日

千葉県健康福祉部疾病対策課長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話

下記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証に関する証明が必要なため、証明願います。

記

1. 受給者氏名 _____
2. 受給者番号 _____
3. 住 所 _____
4. 生年月日 _____ 年 月 日
5. 疾 患 名 _____
6. 加入保険 _____
(記号・番号) _____
(保険種別) _____
(適用区分) _____
7. 受給期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
8. 月額自己負担限度額 _____ 円
9. 必要な理由 _____
