

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

記号番号	浜 中						
世 帯 主	住 所					個人番号	
	氏 名		男・女	生年月日	昭・平	年 月 日	
認定対象者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平	年 月 日	
	個人番号			世帯主との続柄			
傷 病 名	1 人工透析が必要な慢性腎不全 2 血液凝固因子障害(血友病) 3 血液製剤投与に起因する後天性免疫不全症候群						
医 師 の 意 見 欄	上記の疾病により診療を受けていることに相違ありません。						
	平成 年 月 日						
	医療機関の名称						
	医療機関の所在地						
	医師の氏名						⑩
上記のとおり、国民健康保険特定疾病療養受給者証の交付を申請します。							
平成 年 月 日							
住 所 浜中町							
世帯主氏名						⑩	
(窓口に来た方)	
連絡先 — —							
浜 中 町 長 様							