

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

市長
福田 浩 殿

世帯主 住所 _____
氏名 _____ 個人番号 _____
電話番号 _____

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号 番 号			
認 定 申 請 対 象 者	氏 名		個人番号
	生年月日		
	疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害 又は先天性血液凝固第IX因子障害 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
	年 月 日
	医療機関の 名 称
	所在地 医師名

(あて先) 中間市長 様	
上記のとおり、特定疾病療養受療証の交付を申請します。	
年 月 日	
世帯主	住所 _____
	氏名 _____
	個人番号 _____
届出人	住所 <input type="checkbox"/> 同上 _____
	氏名 _____