

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 _____ (印) 個人番号 _____

電話番号 _____

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 証 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。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">名 称 _____ 医療機関の 所在地 _____ 医師名 _____ (印)</p>
----------------------------	---

(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

住 所 中間市

世帯主 氏 名 _____ (印)

個人番号 _____

住 所 同上 中間市

届出人 氏 名 _____ (印)