

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証 の記号番号	み山	認定対象の 被保険者氏名		世帯主 との続柄	
		生年月日	S・H・R 年 月 日		
		個人番号			
疾病名	<p>1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全</p> <p>2 血友病</p> <p>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)</p>				
医師の 意見欄	<p>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> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 印 (署名の場合は押印省略可)</p>				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 山元町</p> <p style="text-align: center;">世帯主 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">山元町長 殿</p>					

保険者使用欄

決裁欄

課長	参事	班長	班員

收受印