

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者等 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	1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2 血友病 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)				
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 名称 所在地 医師名 印 (署名の場合は押印省略可)				
上記のとおり申請します。					
年 月 日					
住所 山元町					
世帯主 電話番号					
氏 名					
個人番号					
山元町長 殿					

保険者使用欄

決裁欄

課長	参事	班長	班員

収受印