

|    |      |    |    |    |
|----|------|----|----|----|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 担当 | 受付 |
|    |      |    |    |    |



国民健康保険特定疾病認定申請書

|                                                                                                            |                                                            |  |           |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|-----------|-------------|
| 被保険者<br>記号番号                                                                                               | 山 7                                                        |  |           |             |
| 被保険者<br>氏名                                                                                                 | フリガナ                                                       |  | 個人<br>番号  |             |
|                                                                                                            |                                                            |  | 生年<br>月 日 | 年    月    日 |
| 認定を受けようとするものがかかっている疾病                                                                                      | 1. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全<br>2. 抗ウイルス剤を投与する後天性免疫不全症候群<br>3. 血友病 |  |           |             |
| 上記のとおり診療を受けていることを証明します。<br><br>年        月        日<br><br>医療機関の所在地.....<br><br>名    称.....<br><br>医師名..... |                                                            |  |           |             |

上記のとおり特定疾病の認定を申請します。

年        月        日

下 松 市 長        様

世帯主の住所.....

氏名.....

個人番号.....

電話番号.....

|          |     |             |           |             |
|----------|-----|-------------|-----------|-------------|
| 認定<br>否認 | 年月日 | 年    月    日 | 交付<br>年月日 | 年    月    日 |
|----------|-----|-------------|-----------|-------------|