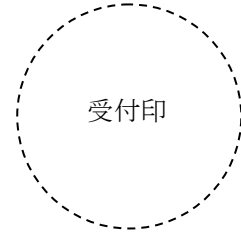


| | | | | |
|----|------|----|----|----|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 担当 | 受付 |
| | | | | |



国民健康保険特定疾病認定申請書

| | | | | |
|--|--|----------|---|---|
| 被保険者証 の記号番号 | 山 7 | | | |
| 被保険者 氏名 | <small>フリガナ</small> | 個人 番号 | | |
| | | 生年 月日 | 年 | 月 |
| 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 2. 抗ウイルス剤を投与する後天性免疫不全症候群 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。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 医療機関の所在地..... <div style="text-align: center;">名 称.....</div> <div style="text-align: center;">医師名.....</div> | | | | |

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 否認 | 年月日 | 年 月 日 | 交付 年月日 | 年 月 日 |
|----------|-----|-------------|-----------|-------------|