

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者記入欄	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群				
	被保険者証の記号番号	島91				
	認定対象者氏名	男・女	世帯主との続柄			
	個人番号		生年月日	昭・平	年	月
	認定対象者住所	田村市				
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。  平成 年 月 日  療養取扱機関 名 称 所 在 地 医 師 名 <span style="float: right;">(印)</span>					
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日  世帯主 住 所 田村市  氏 名 <span style="float: right;">(印)</span> 個人番号 電 話 ( )  田村市長 様						
※ 処 理	被保険者区分	発 効 期 日	受領証交付年月日	担 当 者		
	1. 一般被保険者 2. 退職被保険者 3. 2の被扶養者	平成 年 月 日 から有効	平成 年 月 日 交付			

※印欄は、申請者は記入する必要ありません。