

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	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。 令和 年 月 日 療養取扱機関 名 称 所 在 地 医 師 名 (印)				
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住 所 田村市 氏 名 (印) 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	令和 年 月 日 から有効	令和 年 月 日 交付		

※印欄は、申請者は記入する必要ありません。