国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者記入欄

被保険者証の記号番号	み 柴　　A	被保険者区分	一般・退職本人・退職扶養
被保険者氏名		生年月日	昭・平　　年　　月　　日
個人番号		世帯主との続柄	
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. 抗ウイルス剤を投与している後先天性免疫不全症候群		

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

名　称
療養取扱機関
所在地

医　師　名　　印

上記のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者（世帯主）　住　　所
氏　　名　　印
個人番号
電話番号

代理人　住　　所
氏　　名　　印
電話番号

柴田町長　殿