

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
被保険者氏名		生 年 月 日	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。	
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

申請者（世帯主） 住 所
氏 名
個人番号
電話番号

代理人 住 所
氏 名
電話番号

柴田町長 殿