

認定年月日

特 定 疾 病 認 定 申 請 書

申 請 者 記 入 欄	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		受 給 者 番 号			
	認 定 対 象 者 氏 名		性 別	男 ・ 女	世 帯 主 と の 続 柄	
	認 定 対 象 者 生 年 月 日	昭 平 令	年	月	日	身 障 手 帳 付 有 ・ 無
	認 定 対 象 者 住 所					
	疾 病 名	1 人工透析を実施している慢性腎不全 2 血友病 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群				

医 師 の 意 見 欄	上記の疾病により診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 名 称 医療機関の 所在地 医師名 ㊟
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

上記のとおり、国民健康保険特定疾病受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住所 南関町大字

世帯主
(申請者) 氏名

(TEL) () -

南 関 町 長 殿

※ 備考欄