

(R6.12～)

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	認定対象被保険者の氏名及び生年月日		昭和 平成 令和
	被保険者の記号番号	み和 A	世帯主との 続柄
	個人番号		
	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天性免疫不全症候群	

医師の記入欄	上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
	名称
	医療機関の所在地
	医師名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

大和町長殿

世帯主 〒

住所：大和町

氏名：

個人番号：

電話：

()

※届出者が世帯主と異なる場合は、下記に記入願います。

届出者 世帯員 その他 続柄()

住所：同上

氏名：

電話：

()