

(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	大和 太郎	昭和 平成 11年2月3日 令和
	被保険者の記号番号	み和 000A000000	世帯主との続柄
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	本人
	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 〒 981-3680

住所: 大和町 吉岡まほろば一丁目1-1

氏名: 大和 太郎

個人番号: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3

電話: 022 (345) 1117

※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: ()