

受付印

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者記号番号	認定対象者の氏名	生年月日	世帯主との続柄
富国		年 月 日	
住 所			
認定対象者の個人番号			
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。 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師氏名		

印

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

住 所
 世帯主個人番号
 世帯主氏名
 電話番号

印

富田林市長 様

処理欄	認定年月日	年 月 日	一般 退職	係	受付