

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 | 氏名 | | | | |
| | | 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | 個人番号 | | | | |
| | | 性別 | 男・女 | 世帯主との続柄 | | |
| | 被保険者証の記号及び番号 | み利 A | | | | |
| 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（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。） | | | | | |

| | | | | | |
|--------|---------------------------|--|--|--|---|
| 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 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| | 医療機関名称 | | | | |
| | 医師名 | | | | 印 |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

利府町長 殿

申請者（世帯主）

住所 _____

氏名 _____ 印

個人番号 _____

電話番号 () _____

| | |
|--|--|
| 本人確認欄 | |
| <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> 年金手帳、 <input type="checkbox"/> 保険証、 <input type="checkbox"/> 診察券、 <input type="checkbox"/> 、 <input type="checkbox"/>) | |