

国民健康保険 特定疾病認定申請書

No _____

受付事務所	課長	課長補佐	係長	係
-------	----	------	----	---

申請者記入欄	フリガナ		被保険者証の番号				
	世帯主氏名		個人番号				
	フリガナ		個人番号				
	認定対象者氏名		個人番号				
		(年 月 日生)					
	認定対象者住所		国保資格	1 一般	2 退職		
		資格取得日	年	月	日		
疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 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 保険医療機関の名称 所在地 医師名
--------	---

上記のとおり申請します。

(申請日) 年 月 日

(宛先) 姫路市長

申請者
 (世帯主) 住所 姫路市

 氏名

 電話 — —