

国民健康保険
特定疾病認定申請書

認定対象者の方の記入欄	被保険者証番号	- -	個人番号	- -
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	坂井市		
	疾病名 (○を記入ください)	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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(いわゆる血友病) 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	上記の疾病で診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日		
	医療機関	所在地	
		名称	
		医師名	印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 坂井市

氏名 印

個人番号

電話番号

(世帯主以外の方が申請の場合、申請人氏名を記入ください。)

申請人 住所

氏名 印

電話番号

坂井市長 殿

課長	係	受付

所得区分	一般 ・ 上位(ア・イ)
発効年月日	令和 年 月 日
発行年月日	令和 年 月 日
本人確認	運転免許証、()
個人番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票