

国民健康保険
特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の 記号番号		認定対象者の 個人番号	
	認定対象者の氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日		世帯主との 続柄
	認定対象者の 住所	玖珠町大字		
	疾病の名称	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因子障害の一部 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。			
	令和 年 月 日			
	医療機関の名称			
	所在地			
	医師名			印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 個人番号

住 所 玖珠町大字

氏 名

印

電話番号

玖 珠 町 長 様