

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 の記号番号			
	認定対象者 の 氏 名			
	認定対象者 の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	世 帯 主 との続柄	
	疾 病 名	1 血友病 2 人工透析医療を行う必要のある慢性腎不全 3 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 所在地
	名 称
	医師名

南 知 多 町 長 殿

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所 愛知県知多郡南知多町 字

氏 名