

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