

国民健康保険 特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	認定対象被保険者の氏名及び生年月日		昭・平・令 年 月 日	
	個人番号			
	被保険者証の記号及び番号	み 岩	世帯主との続柄	
	認定対象被保険者の区分	1. 国民健康保険一般被保険者 2. 退職被保険者 3. 退職被保険者の被扶養者		
疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症			

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 所在地 療養取扱機関 名 称 医 師 名 印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

岩 沼 市 長 殿

世帯主住所

氏 名

印

個人番号

電話番号