

	課長	支所課長 課長補佐	係長	係	認定年月日	受付者
専決					令和 年 月 日	

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

認定対象者	被保険者番号	山 都	0 0			
	氏 名					男 ・ 女
	生年月日	年	月	日	世帯主との 続 柄	
	住 所	山都町				番地
	個人番号					
	疾病の名称	1 血友病 2 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症 3 人口透析治療を行う必要のある慢性腎不全				

国民健康保険法施行規則第27条の13の規定に基づき、上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者(世帯主) 住所 山都町 番地

氏名

個人番号

(連絡先)

山都町長 様

医師の意見欄	上記の疾病により診療を受けていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	療養取扱機関 名 称
	所在地
	医師名
	(印)