

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			
	認定対象者の個人番号			
	認定対象者の生年月日	年 月 日	世帯主 との 続柄	
	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。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;">名称</div> <div style="text-align: center;">医療機関の</div> <div style="text-align: center;">所在地</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 医師名 _____ 印 _____ </div>
--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

上記のとおり申請します

年 月 日

住所 _____

世帯主 _____

氏名 _____

個人番号 _____

大府市長 殿