

課 長		課 員	
--------	--	--------	--

国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者の記入欄	記号・番号	上板・
	個人番号	
	認定対象者の氏名	
	生年月日	年 月 日
	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. 後天性免疫不全症候群

医師の意見書	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
	年 月 日
	療養取扱機関の所在地
	名称
	医師名

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 上板町\_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

届出者 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

電話番号 \_\_\_\_\_

上板町長 殿