

様式第4（第5条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者記入欄	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			
	被保険者証の記号番号	島65	—		
	認定対象者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	個人番号			世帯主との続柄	
	認定対象者住所	矢吹町			
医師の意見欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>名称</p> <p>療養取扱機関 所在地</p> <p>医師名 印</p>				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 矢吹町 番地</p> <p>世帯主 氏名</p> <p>(電話 —)</p> <p>矢吹町長 様</p>					
* 処理	被保険者区分	発効期間	受療証交付年月日	担当者	
	1 一般被保険者	年 月 日 から有効	年 月 日 交付		
	2 退職被保険者				
3 2の被扶養者					

*欄は、申請者は記入する必要ありません。