

# 国民健康保険 特定疾病認定申請書

課長	補佐	係長	係員

世帯主氏名		被保険者証の 記号・番号	み気・A
世帯主個人番号			
認定対象者氏名		認定対象者の 生年月日	年 月 日
認定対象者個人番号			
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		世帯主 との続柄
疾病名	1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2 血友病 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)		
医師の意見欄	上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 療養取扱医療機関 住所 名称 担当医師氏名 印 (署名の場合は印不要)		

上のとおりですので、受療証の交付を申請します。

年 月 日

世帯主住所 気仙沼市

氏名

連絡先 ( )

気仙沼市長 あて