

国民健康保険特定疾病療養認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証記号番号		結城		
	認定対象者	氏名			
		生年月日		世帯主との続柄	
		個人番号			
		被保険者の区分	①. 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		
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. 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限る。）			

医師の意見書	上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。			
	令和	年	月	日
	保険医療機関		名称	
			所在地	
			医師名	㊟

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

申請者（世帯主）

氏 名

㊟

個人番号

電話番号

結城市長 殿