

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	結城 太郎		
		生年月日	○年○月○日	世帯主との続柄	本人
		個人番号			
		被保険者の区分	<input type="radio"/> 1. 一般被保険者 <input type="radio"/> 2. 退職被保険者 <input type="radio"/> 3. 退職被保険者の被扶養者		
疾病名	<input type="radio"/> 1. 血友病 <input checked="" type="radio"/> 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="radio"/> 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	医師の証明を受けてください。	
	医師名		㊞

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者（世帯主）

住所 結城市大字結城1447

氏名 結城 太郎

個人番号

電話番号 0269-32-1111

結城市長 殿

