

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	〇年〇月〇日		世帯主との続柄	本人								
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	〇	〇	〇	〇
		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							

医師の証明を受けてください。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 結城市中央町二丁目3番地

申請者（世帯主）氏名 結城 太郎

個人番号 1234 5678 〇〇〇〇

電話番号 0296-32-〇〇〇〇

結城市長 殿

個人番号（マイナンバー）は確認できる書類がお手元がない場合は記入不要です。