国民健康保険　特定疾病認定申請書

（あて先）糸魚川市長　　※太枠内を記入してください

世帯主氏名		被保険者記号番号	糸魚川	
認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	年　月　日	
認定対象者個人番号			世帯主との続柄	
疾病名	1　人工腎臓を実施している慢性腎不全 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）			

医師の意見書	上記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 医療機関　名称 所在地 医師名　　㊞

上記のとおり申請します。

年　月　日

世帯主　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

窓口に来た人	□世帯主本人（電話番号記入） □世帯主以外の方（全て記入）	氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿ 電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿

【本人確認】免・個・パ・在・保・資・障・聴・職・他（　　）

※市処理欄

担当	【発効期日】　年　月　日	受付	受付印
	【交付日】　年　月　日		
	【交付方法】　窓口　・　郵送		