

決 裁	課 長	係 長	係 員

認 定 年 月 日

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の記号番号			認定申請者の氏名			
	認定対象者の生年月日	昭 平	年	月	日	世帯主との続柄	
	認定対象者の住所				身障手帳の交付	有・無	
	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. 血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症					

医師の意見欄	上記の疾病により診療を受けていることに相違ありません。					
	年 月 日					
	名 称					
	療養取扱機関の所在地					
医師名						

国民健康保険法施行規則第27条の5の規定に基づき、上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住 所
氏 名

⑩

嘉島町長 殿

※ 備考欄