

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			認定対象者の氏名			
	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。			
	平成	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。

平成 年 月 日

住所
世帯主
氏名

印

嘉島町長 殿

備考欄