

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者番号	
	認定対象者の氏名	(男・女)
	認定対象者の生年月日	昭平令 年 月 日
	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

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	医療機関 名称
	住所
	電話番号
	医師名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所

世帯主 氏名

電話番号

(宛先)瀬戸市長