

決 裁	課 長	補 佐	リーダー	保健G	担 当	番号確認

第 号

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		み石 A			
	認 定 対 象 者	氏 名	個人番号			男 ・ 女
			生年月日	昭・平・令 年 月 日	世帯主との続柄	
	疾 病 名	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			
		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（H I V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			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

申請者（世帯主）氏 名

個人番号

電話番号

石巻市長 殿