

決 裁	課長	補佐	リーダー	担当

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		
	認定対象者	氏名			男・女
		生年月日	昭・平 年 月 日	世帯主との続柄	
	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		
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（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。			
	平成 年 月 日			
	保険医療機関		名称	
			所在地	
		医師名		印

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所

申請者（世帯主）氏 名

印

電話番号

石巻市長殿