

| | | | | | | |
|--------|-----|-----|------|-----|-----|------|
| 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