

国民健康保険特定疾病療養認定申請書

石巻市長 殿

申請年月日	年 月 日
-------	-------

申請者・届出人	被保険者証記号番号	み石 A		
	世帯主氏名		個人番号	
	世帯主住所	石巻市		
	届出人氏名 (世帯主以外の時記入)		電話番号	
	世帯主との続柄		届出人が世帯主と同一の世帯に属する方以外の場合には、別途委任状等が必要です。	

認定対象者	療養を受ける方		個人番号	
	生 年 月 日	年 月 日		
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析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		
	保健医療機関名	名称	
		所在地	
		医師名	

----- 保険者処理欄 -----

確認欄	本人確認 免・個・パ・保 ( )	添付書類 □医師の意見書 又は □従前保険の受療証コピー
	所得情報確認 ( 申告済 ・ 未申告 )	
	滞納情報確認 ( 有 ・ 無 )	

【日付印】

課 長	課長補佐	保健推進係	係 長	確 認	受 付