

課長	課長補佐	係長	係員

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者記号・番号	1 3 -										
認定対象者の氏名 および生年月日	昭・平・令                      年           月           日							世帯主との 続柄			
個人番号											
認定対象者の住所	松浦市                      町                      免                      番地										
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 ( HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)										

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  所在地  医師名
----------------------------	--

上記のとおり申請します。

令和    年    月    日

松浦市長 様

世帯主 住 所 松浦市                      町                      免                      番地

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受 付 印

※処理欄 交付日    年    月    日  発送先 自宅・その他(                      ) 届出人続柄(                      )