

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

被保険者証の記号番号	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 (H I V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	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(医療機関) 名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>
----------------------------	---

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()