

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		千 曲 ー	1 一般被保険者 2 退職本人 3 退職被扶養者
被 保 険 者	氏 名		
	生年月日	年 月 日	男 ・ 女
認 定 疾 病 名		<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	
診療開始年月日		年 月 日	

保 険 医 の 意 見	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 style="text-align: center;">年 月 日</p> 療養取扱機関の 所在地及び名称..... 保 険 医 氏 名 (印)
----------------------------	---

被保険者個人番号	
上記のとおり、申請します。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> 住 所 千 曲 市 世帯主 氏 名 個人番号 電話番号 - (宛先) 千 曲 市 長	

世帯主以外の方が窓口に来られた場合は下記に記入してください。	
住 所 (口世帯主に同じ).....	
氏 名.....	(世帯主との関係 :)

確 認	免・経歴・番カ・パ その他 (・)
--------	--