

国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者記入欄	疾 病 名		1 血 友 病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全										
	記号	島 8 3		証番号									
	認定対象者氏名							世帯主との続柄		年 月 日			
								生年月日					
	個人番号												
認定対象者住所													

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。											
	年 月 日											
	名 称											
	療養取扱機関 所在地 医師名											

上記のとおり申請します。												
年 月 日												
住 所 大熊町大字 字												
申請者 氏 名												
(世帯主) 個人番号(12桁)												
電話番号 ()												
大熊町長 様												

※市町村処理欄	被保険者区分		発 効 期 日				受療証交付年月日			担 当 者	
	一般被保険者		年 月 日から有効				年 月 日交付				
	受 付	本庁	会津	いわき	中通り	郵送	受付者		本 人 確 認		
									個人番号確認		

※欄は、申請者は記入する必要はありません。

※医師の意見欄は、自筆以外は捺印要。