

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	保険証番号											
	認定対象者氏名		男・女	世帯主との続柄										
			生年月日			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 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 世帯主 氏 名 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			
	1. 一般被保険者		年 月 日から有効				年 月 日交付							
	2. 退職被保険者													
3. 2の被扶養者		受 付		大熊	会津	いわき	郡山	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。