

国民健康保険特定疾病認定申請書

認定してよいですか。

課 長	副課長	係 長	係

被保険者記号・番号					
認 定 対 象 者 の 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	世 帯 主 との続柄	
		個 人 番 号			
疾 病 名	1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2 血 友 病 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 書	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 印				

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

住 所 上越市

氏 名

世帯主

個人番号

電話番号

(宛先) 上越市長