

認定してよいですか。

課長	副課長	係長	係

# 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					
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