

課 長	係 長	主 査

認 定 年 月 日
年 月 日

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の記号番号	菊 陽	認定対象者の氏名	
	認定対象者の生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	世帯主との続柄
	認定対象者の住所	菊陽町		
	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 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV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	上記の疾病により診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 名 称 療養取扱機関の 所在地 医師名 印
--------	---

国民健康保険法施行規則第27条の13の規定に基づき、上記のとおり申請します。

年 月 日

(世帯主) 住 所 菊陽町

氏 名 印

菊陽町長 様