

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主記入欄	記号・番号				
	住所	松前町大字			
	認定対象者 氏名		生 年 月 日	性 別	世帯主との 続 柄
	個人番号		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男	
	疾 病 名	<input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			

※ □には該当するものに✓を記入してください。

医師の意見欄	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関住所 _____</p> <p style="text-align: center;">医療機関名称 _____</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 _____ 印</p>
--------	--

上記のとおり申請します。

年 月 日

松 前 町 長 様

世帯主住所 松前町大字

世帯主氏名 \_\_\_\_\_

世帯主個人番号 \_\_\_\_\_

届出人住所 \_\_\_\_\_

届出人氏名 \_\_\_\_\_ 世帯主との続柄 ( )