

国民健康保険 特定疾病認定申請書

①被保険者証の記号番号			
②認定対象者の氏名、生年月日及び個人番号	昭和・平成・令和		年 月 日生
	個人番号		
③認定対象者の住所	砺波市		
④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. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		
医師の意見書	上記のとおり診察をうけていることに相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の名称 所在地 氏 名 印		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 世帯主の住 所 砺波市 氏 名 印 個人番号 砺波市長 あて			

決 裁	課 長	係 長	課 員