

課長	課長補佐	係長	係
----	------	----	---

公印使用

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者記号・番号			
	認定対象者の氏名			
	認定対象者の生年月日		世帯主との続柄	
	認定対象者の個人番号			
	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		

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
	年 月 日
	医療機関の名称
	所在地
	医師名

上記のとおり申請します。

年 月 日

刈谷市長

世帯主 住 所  
 -----  
 氏 名  
 -----  
 個人番号  
 -----  
 電 話 ( ) -----

受付