

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主氏名 及 び 生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日	被保険者 記号・番号	柏崎	
認定対象者 の氏名及び 生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		世 帯 主 との続柄	
認定対象者 の個人番号				
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 欄	上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			

上記のとおり申請します。

令 和 年 月 日

住 所

世帯主氏名

個 人 番 号

電 話 番 号

柏 崎 市 長 様

処 理 欄	一 般 退 本 退 扶	70 未 満 前 期	1 万 円 2 万 円
-------------	-------------------	---------------	----------------