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		
	認定対象被保険者	個人番号	
		氏名	
		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	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．血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症

医師の意見欄	うえ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 保険医療機関の名　称 所在地 医師名　　㊞

上記のとおり申請します

令和　　年　　月　　日

守山市長殿

世帯主　個人番号 _____

住　所 _____

氏　名 _____

電話（　　）