

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 (_____)