

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		個 人 番 号			
	認 定 対 象 者 の 氏 名					
	認 定 対 象 者 の 生 年 月 日	年	月	日	世 帯 主 と の 続 柄	
	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 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害など				

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				
	医療機関の所在地・名称 医 師 名 印				

上記のとおり申請します。

年 月 日

長久手市長 殿

世帯主	住所			電話	
	氏名		個人番号		

※世帯主以外の方は、下記に記入してください。

申請代理人	住所			
	氏名		電話	

処 理 欄	資格	所得区分	本人確認書類	受 付	
	有 無		運転免許証 マイナンバーカード その他（ ）		