

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
	疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害等 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 ()	