

課 長	係 長	合 議	主 務

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	世帯主氏名			被保険者証の 記号・番号		
	認定対象者の 氏名 ・生年月日				世帯主 との続柄	
		年 月 日	個人番号			
	認定対象者の 住 所					
	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				

医師の意見欄	上のおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 名称 医療機関の 所在地 医師名 ㊟
--------	--

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主の 住 所 魚津市
氏 名
個人番号
(電話 ー)

魚津市長 あて