

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 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 -)

魚津市長 宛