

# 国民健康保険 特定疾病認定申請書

被保険者証記号番号		江府			
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	認定対象 被保険者	氏名			
		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	世帯主との 続柄
		個人番号			
	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. その他(病名: )				

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
		名 称	
	医療機関		
		所在地	
		医 師 名	印

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者  
(世帯主)

住 所

氏 名

印

江府町長

様