国民健康保険特定疾病認定申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 被保険者記号・番号 | 　国札　　　　　　　　― |
| 対象者の個人番号・氏名・生年月日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　 |
| 疾病の名称 | 　1　人工透析を必要とする慢性腎不全　2　血友病　3　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 　上記のとおり申請します。　　　　　　年　　月　　日世帯主　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　―　　　　　　　　　 |
| 　　(あて先)　　札幌市　　　区長 |
| 医師の意見欄 | 　上記疾病に相違ありません。　　　　　　年　　月　　日医療機関　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　印　 |

備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。