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。