

赤字のところを記載してください

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 赤 001 — 0001																																																															
	対 象 者 の 個 人 番 号 ・ 氏 名 ・ 生 年 月 日	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9																																																				
		札幌 太郎 昭和 35 年 4 月 5 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()																																																															
医 師 の 意 見 欄	上記のとおり申請します。 令和 6 年 12 月 10 日 世帯主 <table><tr><td>個人番号</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="12">札幌市中央区北 1 条東 1 丁目 1 - 1</td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="12">札幌 太郎</td></tr><tr><td>電話番号</td><td colspan="12">211 — 2952</td></tr></table> (あて先) 札幌市 中央区長													個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	住所	札幌市中央区北 1 条東 1 丁目 1 - 1												氏名	札幌 太郎												電話番号	211 — 2952											
	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9																																																				
	住所	札幌市中央区北 1 条東 1 丁目 1 - 1																																																															
	氏名	札幌 太郎																																																															
	電話番号	211 — 2952																																																															
	上記疾病に相違ありません。 年 月 日																																																																
医療機関による記載が必要です 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。