

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の 記号・番号	
	認定対象被保険者の	
	氏名・生年月日	年 月 日
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血友病 3. 後天性免疫不全症候群(HIV感染含む)

医師の意見欄	<p style="text-align: center;">上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>
--------	---

上記のとおり、国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

年 月 日

米原市長様

世帯主 住所

氏名

電話番号