

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	滋 米
	記 号 ・ 番 号	
	認定対象被保険者の	
	氏 名 ・ 生 年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号	
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	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	
	保険医療機関の 名 称	
	所在地	
	医師名	

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