

国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者記入欄	疾病名	1 血友病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群						
	被保険者 記号・番号	島 5 1 ・						
	認定対象者	氏名				男・女	世帯主との続柄	
		個人番号						生年月日
	住所							
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 名称 所在地 医師名							

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
世帯主
氏 名

個人番号

電話番号

会津美里町長

※以下は、申請者は記入する必要はありません。

発効期日	受療証交付年月日
年 月 日から有効	年 月 日交付