

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

松川町長 様

令和 ●年 ●月 ●日

申請者（世帯主）

住 所 松川町元大島3823番地

氏 名 松川 太郎

個人番号 12ケタの個人番号

電 話 36-3111

窓口に来た方

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名 松川 花子

世帯主と
の 続 柄 妻

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 の記号番号	松川 6ケタの被保険者番号				
認 定 申 請 対 象 者	氏 名	松川 太郎		世 帯 主 と の 続 柄	本人
	生年月日	昭・平・令	●年 ●月 ●日	診療開始日	昭・平・令 ●年 ●月 ●日
	個人番号	12ケタの個人番号			
特定疾病名	① 人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群				
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。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 及 び 名 称 保 険 医 氏 名 主治医の証明が必要です				

***** 以下、町使用欄 *****

受付年月日		令和	年	月	日
10,000 円		記 入 不 要			