

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

長 泉 町 長 池 田 修 様

申請人 住所
(世帯主)
氏名 印
個人番号

下記の者について、国民健康保険特定疾病受療者証の交付を申請します。

被 保 険 者	氏 名	
	生 年 月 日	昭 ・ 平 年 月 日
	個 人 番 号	
認 定 疾 病 名		1. 人工透析が必要な慢性腎不全 2. 先天性血液凝固因子の一部 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症
被 保 険 者 証 番 号		