

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がある慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			
	記号	島 6	番号			
	認定対象者	氏名	男	世帯主との続柄		
			女	生年月日	年 月 日生	
	個人番号					
	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 所 在 地 保 険 医 氏 名 （署名または記名押印）					
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 （申請者）氏 名 個人番号 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 電話番号 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>						
提出者 <input type="checkbox"/> 世帯主の提出 （世帯主と異なる場合） 住 所 氏 名 （世帯主との関係）						
会津若松市長						
※処理	被保険者区分	発 効 期 日		交付年月日	受付者	
	1 一般被保険者	年 月 日		年 月 日		
	2 退職被保険者 3 2の被扶養者	から有効		交付		

※欄は、申請者は記入する必要はありません。