

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の記号番号	記号	島国保	番号	
認定対象者氏名			世帯主との続柄	
(個人番号)				
生年月日	昭・平・令		年	月
			日	
認定対象者の住所	島原市	町 丁目	番地	
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 HIV			

医師の意見欄	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称 所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 印</p>
--------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 島原市 丁目 番地

氏名 印

島原市長様