

国民健康保険特定疾病療養認定申請書

つくば市長 殿

世帯主が記入する欄	被保険者 記号・番号	記号 つくば 番号												
	認定 対象者	氏名												
		生年月日							世帯主との続柄					
		個人番号												
		被保険者の区分	1. 一般被保険者 2. 退職被保険者 3. 退職被保険者の被扶養者											
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 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に限る。)													

医師の意見書	上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。											
	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。

令和 年 月 日
住所

申請者（世帯主） 氏名

個人番号
電話番号

印