

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のある慢性腎不全																						
	記号		番号																						
	認定対象者氏名											男・女													
	認定対象者個人番号																								
	認定対象者生年月日	年 月 日							世帯主との続柄																
	認定対象者住所																								
医師の意見書欄	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 療養取扱機関 名 称 所 在 地 医 師 名 印																								
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 印 個人番号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 電 話 () 葛 尾 村 長 様																									
※処理	被保険者区分		発 行 期 日			受療証交付年月日			担当者																
	1 一般被保険者		令和 年 月 日			令和 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。