

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者の 記号・番号		滋 彦 ・											
	認定対象被保険者	氏名												
		生年月日	年 月 日											
		個人番号	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>											
	疾病名		1. 血友病 2. 人工透析治療を行なう必要のある慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症											

医師の 意見欄	上とおりの診療を受けていることに相違ありません
	年 月 日
	療養取扱機関の 名称
	所在地
	医師名

(署名または記名押印)

上記のとおり申請します

年 月 日

彦根市長 様

世帶主

住所

氏名

(署名または記名押印)

電話()