

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	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・		
		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

世帯主

住所

氏名

(署名または記名押印)

電話()