

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者記号番号	記 号	さいかい	番 号	
認定対象者の氏名 及び生年月日			世 帯 主 との続柄	
個 人 番 号				
認定対象者の住所	西海市			
疾 病 名	1. 血友病（血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等） 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全			

医師の意見	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 医療機関の所在地 名 称 医師名 ㊟
-------	---

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日
住 所 西海市
申請者（世帯主）
氏 名
電話番号

西 海 市 長 様

身分証明の確認欄

- ☐ （2点）健康保険証、限度額認定証、住民票の写し 他
- ☐ （1点）運転免許証、パスポート、住基カード、学生証 他
- ☐ その他（ ）

身分証明確認者：