

第4号様式（第4条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書				
申請者記入欄	疾 病 名		1 血 友 病 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	
	記号	島 2	番号	
	認定対象者氏名			世帯主との続柄
	個人番号			生年月日
	認定対象者住所			
医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 名 称 療養取扱機関 所在地 医 師 名 印			
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 氏名 印 個人番号 （電話番号 ー ） 二本松市長				
※ 処理	被 保 険 者 区 分	発 効 期 日	受 療 証 交 付 年 月 日	担 当 者
	1 一般被保険者 2 退職被保険者 3 2の被扶養者	年 月 日から有効	年 月 日交付	
※欄は、申請者は記入する必要はありません。				