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　抗ウィ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 | | 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。  　　二本松市長  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　世帯主　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号  　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| ※　処理 | 被保険者区分 | | | | 発効期日 | | | | 受療証交付年月日 | | 担当者 |
|  | | | | 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。 | | | | | | | | | | | | | |