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。 |