

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。					