

国民健康保険特定疾病認定申請書

(宛先) 綾瀬市長		年 月 日	
		住 所 綾瀬市 早川550番地	
申請者(世帯主) 氏 名 綾瀬 太郎		電話番号 0467-77-1111	
		個人番号	
次のとおり申請します。			
被保険者記号番号		53-	
被 保 険 者	氏 名	綾瀬 花子	個人番号
	生年月日	昭和40 年 4 月 1 日生	性 別 男 ・ 女
認 定 疾 病 名	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> その他 (該当病名にレ点をつけてください)		
発 行 年 月 日	年 月 日から ※記入しないでください		
備 考			

※ 太枠内のみ記入してください。

疾 病 の 確 認	<input type="checkbox"/> 更正医療券 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他
-----------	---