

様式第 13 号(第 12 条関係)

国 民 健 康 保 険  
特 定 疾 病 認 定 申 請 書

世帯主氏名 及び生年月日	年 月 日	被保険者証 の記号・番号	村 上													
認定対象者の 氏 名							認定対象者 の生年月日	年 月 日								
認定対象者の 個人番号													世帯主との 続柄			
疾 病 名	1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2 血友病 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含 み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)															

医 師 の 意 見 欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>名 称.....</p> <p>医療機関の</p> <p>所在地.....</p> <p>医 師 名.....</p>
----------------------------	--

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所  
申請人  
氏 名

(あて先)村 上 市 長

