

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		被保険者の 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	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 ..... 医療機関の 所在地 .....  医 師 名 .....
----------------------------	--

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所  
申請人  
氏 名

(宛先)村 上 市 長