国民健康保険特定疾病認定申請書　（守口市）

被保険者	被保険者証の記号番号	守国	氏名	
	個人番号			
	生年月日	昭・平　　年　　月　　日	続柄	
	認定を受けようとする疾病名	1．HIV　　2．血友病 3．人工透析治療を行っている慢性腎不全		

上記のとおり特定疾病の認定を申請します。

令和　　年　　月　　日

（世帯主）住所　守口市

氏名　　印　　電話

個人番号

守　口　市　長　　殿

特定疾病認定の申請にかかる医師の意見書

氏　名		生年月日	昭・平　　年　　月　　日
疾病名		発病年月日	昭・平　　年　　月　　日

（特記事項）

上記の疾病で現在加療中であり、今後とも長期の加療を要するものと認めます。

（医　師）　　令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

電話

受付番号	認　定　決　定　伺	課　長	係　長	係　員

上記のとおり特定疾病の認定を決定してよろしいか。

処理	・　・	決裁	・　・	入力	・　・	担当	