

国民健康保険特定疾病申請書 (守口市)

被 保 険 者	被保険者証の記号番号	守国	氏名	
	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。

平成 年 月 日

(世帯主) 住所 守口市

氏名

印

電話

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		男・女	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)

平成 年 月 日

住所

氏名

印

電話

受付番号		課長	係長	係員
	認 定 決 定 伺			

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	
----	---	---	----	---	---	----	---	---	----	--