

国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者記入欄	疾病名	1 血友病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全			
	被保険者記号番号	島93	(枝番)		
	認定対象者氏名 (個人番号)			世帯主との続柄	
				生年月日	年 月 日
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				
	所在地				
	療養取扱機関 名称				
	医師名 印				
電話番号					
上記のとおり申請します。					
年 月 日 庁					
住所					
世帯主 氏名					
個人番号 <input type="text"/>					
電話番号 - -					
伊達市長					

※死亡者の個人番号の記載は不要であり、記載がなくても有効な申請となります。

受付担当者記入欄			
窓口受付担当者印		窓口に来られた方	確認書類
		世帯主・同一世帯員 それ以外の方 (要委任状)	マイナンバーカード・免許証 その他 ( )