

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証	記号・番号	み塩 A		
	被保険者証	区分	1. 一般被保険者 2. 退職被保険者 3. 退職被保険者の被扶養者		
	認定対象者	氏名		性別	男・女
		生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	
		個人番号			
認定対象者	住所				
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 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)				

医師の意見欄	うえのとおり、診療を受けていることに相違ありません。			
	年 月 日			
	医療機関名 _____			
	所在地 _____			
医師名 _____				

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者(世帯主) 住所 _____

氏名 _____

個人番号

電話 () _____

塩竈市長 殿

本人確認欄	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()	