様式第１３号（第９条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">世帯主が記入する欄</td><td>被保険者証の記号番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>認定対象者の氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>認定対象者の個人番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>認定対象者の生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>世帯主との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>疾病名</td><td colspan="3">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．　薬害エイズ</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>医師の意見欄</td><td>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

医療機関の名称
所在地

医師名</td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

世帯主　　住　所　阿久比町

個人番号

氏　名

（電話番号　　）

阿久比町長　殿