

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

世帯主が記入する欄	被保険者 記号番号				
	認定対象者 氏名				
	認定対象者 個人番号				
	認定対象者 生年月日	年	月	日	世帯主 との続柄
	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. 薬害エイズ			

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			
	医療機関の名称			
	所在地			
	医師名			

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