

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

桐生市長
荒木恵司 殿

申請者 住所

氏名 個人番号

電話番号

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号					1
認 定 申 請 対 象 者	氏 名			個人番号	
	生年月日				
	疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第 VIII 因子障害又は 先天性血液凝固第 IX 因子障害等 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			
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 名 称 医療機関の 所在地 医師名				
処 理 欄	認 定 等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)			受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ			