

受付番号

—

国民健康保険 特定疾病認定申請書

被保険者証記号番号 高国 — —	認定対象の被保険者氏名	性別	世帯主 との続柄
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	男	
個人番号		女	
疾病名（該当する疾病に☑をしてください） <input type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> その他（病名 ）			

○ 医師の意見欄

（当該疾病にかかっていることを証する書類があれば、医師の証明は不要です。）

上記の通り診察を受けていることに相違ありません。

令和 年 月 日

名称

保険医療機関 所在地

医師名

印

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

【住所】高槻市

【世帯主氏名】

【電話】（ ）

（宛先）高槻市長