

記載例

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 1 2 3 - 4 5 6 - 7	認定対象の被保険者氏名 高槻 太郎	性別 男	世帯主 との続柄 本人
生年月日	昭和・平成・令和 2 5 年 5 月 1 日	・	
個人番号		女	

疾病名（該当する疾病に☑をしてください）
☑人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全
☐血友病
☐その他（病名 ）

○ 医師の意見欄

○太枠部分を記入してください。

（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

(医師の証明)

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 2 年 5 月 1 日

○申請日を記入してください。

【住 所】高槻市 桃園町2番1号

【世帯主氏名】高槻 太郎

○申請者の住所・氏名・電話番号を記載してください。

【電 話】072 (674) 7111

(宛先) 高槻市長