

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主氏名 及び生年月日					
	昭・平・令 年 月 日				
被保険者の 記号・番号	津南 ・		個人番号		
認定対象者 の氏名		認定対象者 の生年月日	昭・平・令 年 月 日	世帯主 との続柄	
疾 病 名	1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2 血友病 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生大臣の定める者に限る）				
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 印				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 津南町大字

氏名

印

津南町長 様