

国民健康保険
特定疾病認定申請書

被保険者証 記号番号	日国			
認定対象者	氏名			
	住所			
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	個人番号	
医師 の 証 明	疾病の名称	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 開始日 年 月 日 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感染を含む）		
		上記疾病について診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名称 医師名 ⑩		
上記のとおり国民健康保険特定疾病受療証の交付を申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住所 氏名 電話番号 個人番号 <input type="text"/>				
日田市長様				

----- 日田市処理欄 -----

決 裁	課長	係総括	係	員	担当
備考			本人確認方法	個人番号カード ・ 通知カード ・ 運転免許証 パスポート ・ その他（ ）	