

国民健康保険 特定疾病認定申請書						
被 記 保 号 険 番 者 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（H I V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 印					
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 住所 世帯主 氏名 電話番号 個人番号						
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	マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ パスポート その他（ ）	