

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の 記号番号	珠	認定対象者 の氏名	
個人番号		生年月日	年 月 日
疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要性のある慢性腎不全		
	世帯主との 続柄		

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。
	令和 年 月 日
	保険医療機関
	名称 所在地 医師名 印

(宛先) 珠洲市長

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

電話番号

代理権の確認	身元確認(世帯主、被保険者本人又は代理人)	番号確認
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他()	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者:) <input type="checkbox"/> その他() No. () 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他() No. ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他