大　分　県　国　民　健　康　保　険

特　定　疾　病　認　定　申　請　書

|  |
| --- |
| 世　　帯　　主　　記　　入　　欄 |
| 被保険者番号 |  | 世帯主氏名 |  |
| 認　定対象者 | 氏　　名 |  | 世帯主との続　　　柄 |  |
| 生年月日 | 昭・平・令　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 |  |
|  |
| 医　師　の　証　明 |
| 　上記認定対象者は、　　　　　年　　月　　日から特定疾病による診療を受けていることを証します。傷病名：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．ＨＩＶ　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　医療機関　　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

　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印