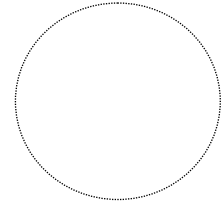


決	課長	課長補佐	係長	担当
裁				



第6号様式(第8条関係)

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者記号・番号		個人番号	
氏名			
区分	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	生年月日	年 月 日
医師の意見欄	疾病名	<input type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血友病(先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害) <input type="checkbox"/> 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		
	保険医療機関等の名称・所在地 _____ 医師名 _____ (歯科医師名) _____		
国民健康保険法施行規則第27条の13第1項の規定により上記の被保険者について特定疾病の認定を申請します。			
令和 年 月 日			
(あて先) 羽 島 市 長			
世帯主 住 所 _____ 氏 名 _____ 個人番号 _____ 電 話 () _____			

※自立支援医療(更正医療)を受けている場合は、医師の意見欄は記入不要です。自立支援医療受給者証(更正医療)の写しを添付してください。

自立支援医療(更正医療)	公費負担者番号	受給者番号
--------------	---------	-------

委任状	私は、_____を代理人と定め、 上記申請に係る特定疾病の認定に関することを委任します。 世帯主氏名 _____
-----	--