

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の 記号・番号		滋日
	認定対象被保険者	個人番号	
		氏名	
		生年月日	年 月 日
疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血友病 3. 後天性免疫不全症候群（HIV感染含む）		

医師の意見欄	うえ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 保険医療機関の名称 所在地 医師名 （自署の場合は押印不要）
--------	---

上記のとおり申請します
令和 年 月 日

日野町長 様

世帯主 個人番号 _____

住 所 滋賀県蒲生郡日野町 _____

氏 名 _____

電話 (_____)