

伺、認定してよいでしょうか。

| | | | |
|----|------|----|---|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| | | | |

国民健康保険特定疾病認定申請書

| | | | | | |
|-----------------|--|-----------------|------------------|-------------|--|
| 世帯主氏名及び 生年月日 | | 被保険者証の 記号・番号 | 長岡 | | |
| | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | | 一般 ・ 退職本人 ・ 退職扶養 | | |
| 認定対象者 の氏名 | | 認定対象者の 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | 世帯主 との続柄 | |
| 個人番号 | | | | | |
| 疾病名 | 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害又は先天性血液凝固第IX因子障害等 | | | | |

| | |
|------------------------|---------------------------|
| 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 |
| | 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 長岡市
氏名

長岡市長様

