

資格取得日	年 月 日
-------	-------

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

(宛先) 山形市長

世帯主 住所

氏名

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号	山	—	
認定申請対象者	氏名		生年月日 年 月 日
	個人番号		
	住所		
	疾病名	1 血友病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)	

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。
	年 月 日
	医療機関 名称
	所在地
	医師名
	(※) 作成担当部署名 :
	担当者名 : 電話番号 :

【注】

- ・証明内容の確認のため、山形市から医療機関に連絡させていただく場合がありますので、(※)作成担当部署名、担当者名、電話番号は必ずご記入ください。
- ・申請者が、医療機関名が記載されている証明書類(電子データ含む)を無断で作成または改変を行った場合、刑法上の罪に問われる可能性があります。