

疾

# 国民健康保険特定認定申請書

申請者の記入欄			
記号		番号	
認定対象者 氏名		認定対象者 生年月日	
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: その他( )		

医師の意見書		
上記のとおり申請します。		
平成 年 月 日		
療養機関の	住所	
	名称	
	氏名	印

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

世帯主	住所	
	名称	
	氏名	印

徳島県医師国民健康保険組合

理事長 殿