

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。 年 月 日	
療養機関	〒
	住所:
	名称:
	氏名:
電話番号:	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主	〒
	住所:
	名称:
	氏名:
電話番号:	

徳島県医師国民健康保険組合 理事長 殿