

特定疾病認定申請書(認定決定伺)

申請者記入欄	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				
	記号	島 2 1	番号				
	認 定 対 象 者 氏 名	(個人番号)		男 ・ 女	世帯主との 続 柄		
				生 年 月 日	S・H・R	年	月
認 定 対 象 者 住 所	大玉村 字 番地						
医 師 の 意 見	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 療養取扱機関 名 称 所在地 医師名						
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 大玉村 字 番地 世帯主 氏 名 大玉村長 様							
上記申請を認定してよいか伺います。			伺年月日	令和 年 月 日			
決 裁	課 長	課 長 補 佐	係 長	係 員			
処 理	被 保 険 者 区 分		発 効 期 日		受 療 証 交		担 当 者
	1 一般被保険者 2 退職被保険者 3 2の被扶養者		令和 年 月 日 から有効		令和 年 月 日 交 付		

