**国民健康保険特定疾病認定申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 世 帯 主 が 記 入 す る 欄 | 被保険者証の  記号・番号 | 滋　東　・ |
| 認定対象被保険者の  氏名・生年月日 | 大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 疾病名 | １．血友病  ２．人工透析治療を行なう必要のある慢性腎不全  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の意見欄 | 上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  療養取扱機関の 名　称  所在地  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

　　　　　上 記 の と お り 申 請 し ま す

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　東 近 江 市 長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　　　　　　　　　）