

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 の 記 号 ・ 番 号	滋 東 ・
	認定対象被保険者の 氏 名 ・ 生 年 月 日	年 月 日
	疾 病 名	1. 血友病 2. 血液凝固因子製剤に起因する HIV 感染症 3. 人工透析が必要な慢性腎不全

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

世帶主 住 所_____

氏 名 _____

電話 ()