

## 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 <span style="float: right;">㊟</span>

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（    ）