

第10号様式（第10条関係）

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												
	認定対象者の氏名												
	個人番号												
	認定対象者の生年月日	S・H・R			年	月	日	世帯主との続柄					
	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 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症											

医師の意見欄	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											
	医療機関の名称 所在地						医師名 (自署の場合、押印不要)					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所
世帯主
氏名
(自署の場合、押印不要)
個人番号
電話 — —

清須市長 様

保険年金課	身元確認(実存)	写真付のもの…いずれか <u>1つ</u> 個人番号カード、運転免許証、旅券 その他 () 写真がないもの…いずれか <u>2つ</u> 健康保険被保険者証、年金手帳、学生証、キャッシュカード その他 ()	確認者印