

課 長	対策監	課長補佐	主 幹	係 長	主 務 者	課 員
	／		／			

三股町国民健康保険特定疾病認定申請書

(様式第 1 5 号)

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号			
	氏 名		性別	男・女
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	世帯主との続柄			
疾 病 名		・ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ・ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部 ・ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		
(特定疾病認定を必要とする意見書) 上記の理由で認定の必要を認めます。 保険医療機関 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 世帯主 氏名 ㊞ 個人番号..... 電話番号..... 三股町長 木佐貫 辰生 様				