

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の 記号・番号 佐々	被保険者氏名（患者名） 年 月 日生	世帯主との続柄
住 所 （患者）	北松浦郡佐々町 免 番地	
疾 病 名	1 人口腎臓を実施している慢性腎不全 2 血友病 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 （HIV感染を含み、厚生労働省大臣の定める者に係るものに限る。）	

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。 平成 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師名 印
----------------------------	--

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

世帯主 住 所 北松浦郡佐々町 免 番地
氏 名 印

（電話 ー ）

佐々町長 様