

国民健康保険特定疾病認定申請書

認定を受けようとする 被 保 険 者	被保険者番号	田 一									
	フリガナ 氏 名					世帯主 と続柄					
	生 年 月 日	年 月 日									
	個 人 番 号										
認定を受けようとする 被 保 険 者 の 疾 病 名											
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(あて先) 京田辺市長</p> <p>住 所 京田辺市</p> <p>世帯主氏名</p> <p>個人番号</p> <p>電 話 ()</p>											

※この欄には記入しないでください。

整 理 番 号			決 裁 処 理	1. 認定する 2. 認定しない
資 格 確 認	取 得	年 月 日		(理由)
	喪 失	年 月 日		

特定疾病にかかっていることに関する意見書			
受療者氏名		生年月日	年 月 日
疾 病 名		診 療 開始日	年 月 日
<p>病状の状況等医師の意見</p> <p>上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 医療機関の 名 称</p> <p>医 師 名</p>			