

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			世帯主の柄 と続
	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 (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 <input style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 1.2em; margin-right: 10px;" type="text"/> _____</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

病状の状況等医師の意見

上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。

年 月 日

所在地
医療機関の
名 称

医 師 名