

認定 伺	課長	課長補佐	係長	係員

国民健康保険 特定疾病認定申請書

世帯主氏名 (生年月日)	(年 月 日)	被保険者証 記号・番号	小 千 谷 0 0 0
認定対象者の氏名 (生年月日)	(年 月 日)	世帯主との 続 柄	
個人番号		
疾 病 名	1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全		
	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(H I V感染を含み、厚生労働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。		
	令和 年 月 日		
	医療機関 名称		
	所在地		
	医師名	⑩ (自署の場合は 押印不要)	

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

世帯主 住 所 小千谷市

氏 名

個人番号

小千谷市長 あて

処 理 欄
慢性腎不全で70歳未満の場合の 自己負担限度額
※該当する金額を囲む
1万円 ・ 2万円