

様式第15号の(1) (第15条関係)

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

熊谷市長 宛

申請者 住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号			
認定 申請 対象 者	氏名		個人番号
	生年月日	年 月 日	
	疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害又は先天性血液凝固第IX因子障害 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

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。 年 月 日 名称 医療機関の所在地 医師名
------------------------	---

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 年 月 日
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ	