

## 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		記号		番号	
被 保 険 者	氏名			男 ・ 女	1. 一般被保険者
	生年月日	年	月		日
認定疾病名				診療 開始日	年 月 日

国民健康 保険医の 意見	<p style="text-align: center;">うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">療養取扱機関の所在地及び名称</p> <p style="text-align: center;">国民健康保険医</p> <p style="text-align: right;">印</p>
--------------------	--

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主(組合員)

住 所

氏 名

印

(申請先) 佐久市長