

受付印

決	課長	課長補佐	係長	係	取扱者
裁					

特定疾病認定申請書

申請者が記入する欄	被保険者証 記号番号		枝番	
	認定対象者の 氏名		生年月日	昭平令 年 月 日
	認定を受けよ うとする 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		

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			
	所在地			
	医療機関の 名称			
医師名			印	

(あて先) 吉岐市長 様
上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 長崎県吉岐市

氏名

電話番号

届出者 氏名

世帯主との続柄()

<本人確認書類> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 保険証 (国保 ・ 社保) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	<受付> <input type="checkbox"/> 認定証発行(発行 ・ 未発行) <input type="checkbox"/> 担当者() 確認者()

受付印

決	課長	課長補佐	係長	係	取扱者
裁					

特定疾病認定申請書

被保険者証の番号と枝番、認定対象者の氏名・生年月日を記入してください。

申請者が記入する欄	被保険者証 記号番号	1234567	枝番	01
	認定対象者の 氏名	壱岐 国保	生年月日	昭和 43年 2月 1日 平成
	認定を受けようとする 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		

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 5年 6月 1日	医師の意見欄は医療機関で記入してもらってください。
	医療機関の 所在地 長崎県〇〇市△△町××123番地 名称 〇〇病院 医師名 〇〇〇 〇〇〇 印	

(あて先) 壱岐市長 様
上記のとおり申請します。

令和 5年 6月 1日

世帯主 住所 長崎県壱岐市 芦辺町芦辺浦562番地

氏名 壱岐 国保

電話番号 0920-45-1157

届出者 氏名 壱岐 花子

世帯主との続柄(妻)

届出年月日・世帯主の住所・氏名・連絡先を記入してください。
(届出者が世帯主以外の場合は、届出者の氏名と続柄を記入してください。)

<本人確認書類> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 保険証 (国保 ・ 社保) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	<受付> <input type="checkbox"/> 認定証発行(発行) <input type="checkbox"/> 担当者()
--	---

--