

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

芦屋市長 宛

住所
世帯主
氏名
個人番号
印

下記のとおり申請します。

保険証番号				
認定申請対象者	氏名		個人番号	
	生年月日			
	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 名称 医療機関の所在地 医師名 印
--------	---

備考	確認	受付