

第6号様式(第6条関係)

特定疾病認定申請書

申請者記入欄	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全			
	被保険者証の記号・番号	島69 -			
	認定対象者氏名 生年月日	昭・平 年 月 日生	男・女	世帯主 との 続 柄	
認定対象者住所					
医師の意見欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>名 称</p> <p>療養取扱機関 所在地</p> <p>医師名 印</p>				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 平田村 字 番地</p> <p>世帯主 氏名 印</p> <p>平 田 村 長 様</p>					

* 処 理	被保険者区分	発 行 期 日	受領証交付年月日	担当者
	1. 一般被保険者 2. 退職被保険者 3. 2の被扶養者	平成 年 月 日 から有効	平成 年 月 日 交付	

\* 欄は、申請者は記入する必要はありません。

伺	適法と認められるので処理してよろしいか伺います。 平成 年 月 日				
決 裁	村 長	助 役	課 長	グループ長	係 課 員
	平成 年 月 日				