

(様式第25号)

国民健康保険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 3 後天性免疫不全症候群																			
	被 保 険 者 記 号 番 号		島 7 -																			
	認定 対象 者	氏 名							男 ・ 女	世帯主と の 続 柄												
		マイ ナン バー									生年月日	年 月 日										
認 定 対 象 者 住 所																						
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 保険医療機関等 所在地 医師名 印																					
上記のとおり国民健康保険法施行規則第27条の13第1項の規定により申請します。 令和 年 月 日 喜多方市長 世帯主 住所 氏名 マイナンバー <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 電話番号 ()																						
※ 処 理	被保険者区分		発 行 期 日				受領証交付年月日				担当者											
	一般被保険者		年 月 日から有効				年 月 日交付															
受付	発行	マイナンバー確認			マイナンバー本人確認			マイナンバー代理権確認														
		☐ マイナンバー カード ☐ その他 ()			☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ その他 ()			☐ 委任状 ☐ 資格確認書等 ☐ その他 ()														

※欄は、申請者は、記入する必要はありません。

