国 民 健 康 保 険 特 定 疾 病 認 定 申 請 書

認定対象者	記号番号		区　分	一般 ・ 退本 ・ 退扶
	氏　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
	個人番号			
疾病の名称		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　※注		

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

医療取扱機関　名　称

所在地

医　師　名

※注　傷病の名称３の場合、当該傷病にかかっていることを証する書類（裁判による和解調書の抄本・通知書の写し等）を添付すること。

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

（宛先）金沢市長

金沢市

申請者（世帯主）　住　所

氏　名

個人番号

（電話　　）

窓口に来られた方　住　所

氏　名

（電話　　）

以下は記入しないでください

確認	番号	個人 通知 住民 端末	代理	法定 委任 本人	第三者		備考		担当印	
	本人	個人 免許 旅券 手帳 在留（　　）/ 保険 介護 年金（　　）								

保険年金課	伺	令和　　年　　月　　日	課　長	補　佐	課　員	担　当
	決裁	令和　　年　　月　　日				
発効期日	令和　　年　　月　　日	負担区分	上位・その他			
（伺）上記の申請について認定してよろしいか						

取扱区分；非公開（全部非）　非公開理由（個人）　保存年限５年