

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 年月日 平成 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

名 称
医療取扱機関
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 住 所
(世帯主)
氏 名
個人番号

|||||

(電話)

窓口に 住 所
来られた方
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