

国民健康保険特定疾病認定申請書

那覇市長		宛		年 月 日	
		住 所		那覇市	
		氏 名			
国 保		世帯主		個人番号	
		電話番号		() —	
		住 所			
		届出人		氏 名	
				世帯主との続柄()	
		電話番号		() —	
下記のとおり申請します。					
被 保 険 者 (認定対象者)	被保険者証 記号・番号	那国			
	氏 名				
	個 人 番 号				
	生 年 月 日	年	月	日	世 帯 主 との続柄
疾 病 の 名 称	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 その他()				

医 師 の 意 見 欄	疾病の名称	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全
		※慢性腎不全の原因疾患(糖尿病・高血圧・腎炎・その他)
		※人工腎臓の開始年月日(年 月 日)
		2 その他()
		上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 病院等の名称 所 在 地 担 当 医 師 印

課 長	担当主査	担 当	処 理 欄		
			受 付 年 月 日	年	月 日
			交 付 年 月 日	年	月 日
			発 効 年 月 日	年	月 日