

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

那覇市長 宛

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
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