

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

島田市長

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
(申請人) 氏名 \_\_\_\_\_  
個人番号 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

下記の者が、厚生労働省に定める特定疾病療養該当者であることを認定願います。

## 記

被 保 険 者	氏 名											
	個人番号											
	生年月日	昭和・平成・令和			年		月		日			
認 定 疾 病 名												
被保険者証の記号・番号												

## 意見書（医療取扱機関の記入欄）

住 所											
氏 名											
生年月日											

上記の者について（病名 \_\_\_\_\_）の療養が必要であることを認めます。

年 月 日

医療取扱機関の所在地

医療取扱機関の名 称

印

\*障害手帳、医療券等により当該疾病が確認できる場合には、意見書の記入は必要ありません。