

起案年月日 令和 年 月 日
決裁年月日 令和 年 月 日
伺、認定してよろしいか。

国民健康保険 特定疾病認定申請書

課長	課長補佐	係長	係

世帯主	氏名		被保険者証 記号・番号	新潟 — —
	個人番号			
認定 対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号		世帯主との続柄	
	疾病名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）		
医師の 意見 欄	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	医療機関	所在地
	医師名			印

上記のとおり認定申請します。

令和 年 月 日 住所 新潟市 区
世帯主
氏名

(宛先) 新潟市長

受付区
北・東・中央・江南 秋葉・南・西・西蒲

*受付区で決裁、保管

