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	新潟　太郎	被保険者証 記号・番号	新潟 12－345－67890
	個人番号	■■■■■■■■■■■■		
認定対象者	氏名	新潟　花子	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.) 人工透析治療が必要な慢性腎不全 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 医療機関　名称 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 新潟 区学校町通●番町●番地
世帯主
氏名　新潟　太郎

（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