様式第1の3

特定疾病認定申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | 疾病名 | 1　血友病2　人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 |
| 記号 |  島 | 番号 | 　 |
| 認定対象者氏名 | 　 | 男・女 | 世帯主との続柄 | 　 |
| 生年月日 | 大・昭 | 年　月　日 |
| 認定対象者住所 | 　 |
| 医師の意見欄 | うえ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 |
| 療養取扱機関 | 名称所在地 |
| 医師名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 上記のとおり申請します。　　　　　　　年　　月　　日世帯主　住所　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　㊞小野町長　　　　殿 |
| ※処理 | 被保険者区分 | 発効期日 | 受療証交付年月日 | 担当者 |
| 1　一般被保険者2　退職被保険者3　2の被扶養者 | 　　　　年　　月　　日から有効 | 　　　　年　　月　　日交付 | 　 |

※欄は、申請者は記入する必要はありません。