（合議） 特定保健係

課長	補佐	係長	担当	文責者	伺	受付番号	
				3種5年		起案	
					認定してよいか伺います。	決裁	
					入力	郵送	

分類	大	中	小	1 公開 ② 非公開 3 部分公開	非公開理由 個人情報	交付簿	
	10	11	2				

第　　号

国民健康保険特定疾病認定申請書

（高齢受給者(70～74歳) または2、3の疾病の方用）

認定対象者	被保険者番号	させぼ										一般 退本 退扶	
	氏　名											世帯主との続柄	
	個人番号												/
	生年月日	年　月　日										男・女	
	居住地												

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 2. 血友病（血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は第Ⅸ因子障害） 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ものに限る）
	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 医療機関名　所在地 名称 医師名	

上記のとおり申請します。

年　月　日

住　所　佐世保市

世帯主　氏　名

電話番号　－

個人番号												

佐世保市長　様