

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

(あて先) 焼津市長

住 所 焼津市

世帯主

氏 名

個人番号

電 話

代理人氏名・連絡先

使 者氏名・連絡先

下記の者が、厚生省令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

被保険者記号番号	被保険者の資格		一般・退本・退扶								
被 保 険 者	氏 名										
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日						
	個人番号										
認 定 疾 病 名											

医 師 の 意 見 書	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。		
	令和	年	月	日										
	所 在 地													
	医師	医療機関名												
	氏 名										Ⓜ			

(注) 1 障害者手帳、医療券等によって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。

2 当該特定疾病の認定は、申請書受理日の属する月の初日から適用となります。

市職員記入欄

本人確認	運転免許証・マイナンバーカード・在留カード・()	受付者印	
	その他2点() ()		