

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

世帶主

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												
	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	印

(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()()	