

第 6 号 様 式 (第 6 条 関 係)

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			
	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	島69 -			
	認 定 対 象 者 氏 名 生 年 月 日	年	月	日生	男・女 世 帯 主 と の 続 柄
	個 人 番 号				
	認 定 対 象 者 住 所				
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。 年 月 日 名 称 療養取扱機関 所在地 医 師 名 印				
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 住 所 平田村大字 字 番地 世帯主 氏 名 印 個人番号 (電話番号 - -) 平田村長 様					

* 処 理	被 保 険 者 区 分	発 行 期 日	受 領 証 交 付 年 月 日	担 当 者
1	一般被保険者	年 月 日	年 月 日	
2	退職被保険者			
3	2の被扶養者	から有効	交付	

* 欄は、申請者は記入する必要はありません。

伺	適法と認められるので処理してよろしいか伺います。 年 月 日				
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	
	年 月 日				