

記入例

様式第32号(第40条の4関係)

課長	副参事	課長補佐	係	係

認定を受けようとする方の氏名等を記入してください。

国民健康保険 特定疾病認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者 記号・番号	記号	鹿	番号	00123456 (枝番) 02
	個人番号				
	認定を受け ようとする 被保険者	氏名(ふりがな) かしま はなこ 鹿嶋 花子		生年月日 平成4年 1月 1日	
	疾病名	① 人工透析を実施している慢性腎不全 2. 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 又は先天性血液凝固第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者に係るものに限る。)			

該当する疾病名に○をつけてください。

医療機関に記入してもらってください。

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を	年	月	日	
		名称			
		医療機関の所在地			
		医師名			

上記のとおり申請します。

令和 7年 4月 1日

世帯主の氏名等を記入
してください。

世帯主 住所 鹿嶋市平井1187番地1
氏名 鹿嶋 太郎
個人番号
電話番号 0299-82-2911

鹿嶋市長

様