

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証記号番号		02-					
被 保 険 者	氏 名						
	生年月日	年	月	日	性 別	男 ・ 女	
	個人番号						
認定疾病名							
診療開始日		年	月	日			

上記のとおり申請します。

駒ヶ根市長 あて 申請年月日 年 月 日

世 帯 主	住 所	駒ヶ根市					
	氏 名						
	個人番号						
	電話番号	—	—				

国民健康保険医の意見

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

療養取扱機関 所在地

名 称

国民健康保険医 氏 名
(自筆)

申請日	年 月 日	決 裁			受付印
入力日	年 月 日	担当者	係長	課長	
発効日	年 月 日				
交付日	年 月 日				