

決裁区分 丁	課長	課長補佐	係長	係員	公印使用承認				
						受付日	令和 年 月 日		
						決裁日	令和 年 月 日	2万円	上位(70歳未満)
						リンク		1万円	一般 70歳以上

この申請について、世帯主に対して特定疾病療養受療証を交付してよいでしょうか。

第21号様式(第27条関係)

国民健康保険特定疾病認定申請書

認定を受けようとする被保険者	被保険者 記号・番号	ながさき	個人番号				
	フリガナ 氏名			生年月日 及び性別	S・H・R 年 月 日	男 ・ 女	
疾病の名称		1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血友病(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)					
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。 令和 年 月 日 病院等の名称 病院等の所在地 医師名(署名)						
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住所 長崎市 町 丁目 番地 番号 氏名 (電話番号 - -) (あて先) 長崎市長						

(添付書類等)・国民健康保険被保険者証または資格確認書