

甲府市国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

(あて先)

甲 府 市 長

住 所 甲府市

丁 目 番 号
町 番 地

氏 名

個 人 番 号

電 話 番 号

被保険者 記号番号		認定を受けようとする被保険者の氏名等	氏名
			個人番号
			生年月日 昭・平・令 年 月 日
病 名	1 慢性腎不全（人工透析治療を要する） 2 血友病 3 血液凝固因子製剤に起因する HIV 感染症 ※ 該当する病名番号に○をつけてください。		

※ 添付書類 特定疾病認定に係る医師の意見書等

交付方法
手渡 ・ 郵送