

国民健康保険特定疾病認定申請書

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	係長	係	
組合員 氏名						記号番号	新建
認定対象 者の氏名					組合員と の続柄	認定対象者 の生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号						
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						

医 師 の 証 明 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						
	医療機関の 名称 _____						
	所在地 _____						
医師名 _____ 印 _____							

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

組合員 住所

氏名

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

新潟県建築国民健康保険組合 理事長様