

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			生年月日	S・H・R 年 月 日
氏名					
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