

様式第13号（第8条の3関係）

課長	係長	係

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者が記入する欄	世帯主氏名		被保険者 記号・番号	小樽	
	認定対象者の 氏名		認定対象者の 生年月日	年	月 日
	認定対象者の 個人番号		世帯主との続柄		
	認定対象者の 住所				
	疾 病 名	1 血友病 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 （HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者）			

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。				
	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。

年 月 日

小樽市長様 世帯主 住所 _____

氏名 _____

個人番号 _____