

## 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	小樽太郎	被保険者 記号・番号	小樽	123456
	認定対象者 の氏名	小樽花子	認定対象者 の生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
	認定対象者 の個人番号	1234 5678 9012	世帯主との続柄	妻	
	認定対象者 の住所	小樽市花園2丁目12番1号			
	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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

小樽市長様

世帯主

住所 小樽市花園2丁目12番1号氏名 小樽太郎個人番号 2345 6789 0123