

交付番号 ()

令和 年 月 日

あて先 寝屋川市長

住 所 寝屋川市

世帯主 氏 名 (署名)

電話番号 ()

特定疾病認定申請書

国民健康保険にて受診中の疾病に関し、特定疾病として認定されたく、下記のとおり申請します。

記

1. 認定を受ける被保険者 氏 名

2. 生 年 月 日 昭和・平成・令和 年 月 日

3. 個 人 番 号

4. 傷病名

5. 被保険者証の記号番号
(一般・退職) 寝国

6. 公費負担番号

7. 公費負担受給者番号

8. 医師の意見書又は特定疾病にかかっていることを証明する書類
(別途添付すること)

受付印

担当