

國民健康保險特定疾病認定申請書

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
	医療機関の名稱 _____
	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

新潟県建築国民健康保険組合 理事長殿