

国民健康保険特定疾病認定申請書

決 裁	常務理事	事務長	課 長	係 長	係 長	係	
組 合 員 氏 名						被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	新 建 —
認 定 対 象 者 の 氏 名					組 合 員 と の 続 柄	認 定 対 象 者 の 生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
	個人番号						
疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全						

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 称 _____						
	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

個人番号																	
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

新潟県建築国民健康保険組合 理事長殿