様式第20号

国民健康保険特定疾病認定申請書

NO.＿＿＿＿

世帯主が記入する欄	認定対象者氏名		被保険者証記号番号	
	認定対象者生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	認定対象者個人番号	
	疾病名	１．血友病 ２．人工透析療法を行う必要のある慢性腎不全 ３．その他		

２．人工透析の場合	透析開始日　　年　　月　　日
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 診療機関の名称及び所在地 担当医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり申請します。　　年　　月　　日

能美市長　あて

世帯主（申請者）　住所　能美市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊　事務処理欄　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

代理権の確認	身元確認（本人・代理人） 代理人氏名［　　］本人との関係［　　］		番号確認	備考
☐ 本人の被保険者証等 ☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書 ☐ その他 （　　）	1点	☐ 個人番号カード　☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳　☐ プレ印字書類 ☐ その他（　　）	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ システム ☐ その他 （　　）	
	2点	☐ 健康保険証　☐ 年金手帳 ☐ その他（　　）		

発行履歴	交付日	課長	合議	担当
	窓口 or 郵送 ／			

受付印