

国民健康保険
特定疾病認定申請書

被 保 険 者 号	記号	番号	個 人 番 号	
認 定 を 受 け よ う と する 被 保 険 者	氏 名		世 帯 主 と の 続 柄	
	生 年 月 日	年 月 日生		
認 定 を 受 け よ う と する 被 保 険 者 の 疾 病 名				
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 向日市 町 氏名 個人番号 (宛先) 向日市長 電話番号				

※ この欄には記入しないでください。

整 理 番 号			決 裁 処 理	1 認定する
資 格 確 認	取 得	年 月 日		2 認定しない (理由)
	喪 失	年 月 日		
摘 要		一般 退職		