

国民健康保険
特定疾病認定申請書

被 記	保 号	陰 番	者 号	記号	向〇〇〇	番号	〇〇〇〇	個 人 番 号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
認 定 を 受 け よ う と す る 被 保 険 者				氏 名	〇	〇	〇	〇	世 帯 主 の 続 柄	〇	〇
				生 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日生						
認 定 を 受 け よ う と す る 被 保 険 者 の 疾 病 名				慢性腎不全							
上記のとおり申請します。 〇〇年 〇〇月 〇〇日 世帯主 住所 向日市 〇〇〇 町 〇〇〇番地〇〇 氏名 〇 〇 〇 〇 個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇											
(宛先) 向日市長											

※ 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		