

様式第11号（第19条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の 記号・番号	
	認定対象被保険者の 氏名・生年月日	氏名 生年月日 年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)	
	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 3 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症

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	
	保険医療機関の名称 所在地 医師	
	印	

上記のとおり申請します。	
年 月 日	
草津市長	宛
世帯主 住所 氏名 電話番号 ()	
印	

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	