

認定日	令和	年	月	日
発効期日	令和	年	月	日
課長	主査	担当	合議	

恵庭市国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者が記入する欄	認定を受けようとする被保険者	記号番号	恵庭					
		氏名		性別	男・女			
		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	続柄	
		個人番号
		住所						
疾病名	1. 血友病 2. 人工透析を必要とする慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群							

医療機関の記入欄	上の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	名称
	医療機関の所在地				
	医師名				印

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日

申請者（世帯主）

住所

氏名

印

恵庭市長 原田 裕 様

電話番号 () -

※審査

年齢	世帯税区分	限度額	有効期限	認定者	受付
70歳以上	全て	1万円	令和 年 月 日		
70歳未満	上位所得者以外	1万円			
	上位所得者	2万円			