決裁	課長	課長補佐	係長	係

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者番号			世帯主名		
認定対象者に関すること	氏　名 生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日		続柄	
	住所	みやま市			
	疾病名	① 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害　等			

医師の意見書	上記のと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 医療機関　名称 所在地 医師名　※ ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

認定対象者の個人番号

住所　　みやま市

世帯主

電話番号

世帯主の個人番号

みやま市長　様

処理欄	届出者確認	□世帯主 □他（　　）続柄（　　） 写有 □免許証 □マイナンバーカード □他（　　） 写無 □資格確認書 □介護保険証 □他（　　）	利用登録	有（交付不要）	受付庁舎	瀬・山・高
				無（交付必要）	受付者	