

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	世帯主氏名		被保険者証の記号番号	—
	認定対象者の住所	羽咋市 町 番地		
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	年 月 日
	認定対象者の個人番号			世帯主との続柄
	疾病名			

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
	名称		
	保険医療機関 所在地		
		医師名	印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 羽咋市 町 番地

世帯主 個人番号

氏名

(TEL —)

羽咋市長 宛