認定伺	課長	課長補佐	係長	係　員

国民健康保険　特定疾病認定申請書

世帯主氏名 （生年月日）	（　　年　　月　　日）	被保険者 記号・番号	小　千　谷 ０００
認定対象者の氏名 （生年月日）	（　　年　　月　　日）	世帯主との続柄	
個人番号			
疾病名	1　人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全		
	2　血友病		
	3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（ＨＩＶ感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）		

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。 令和　　年　　月　　日 医療機関　　名　称 所在地 医師名　　㊞　（自署の場合は押印不要）

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

世帯主　　住　所　　小千谷市

氏　名

個人番号

小千谷市長　あて

処理欄
慢性腎不全で70歳未満の場合の自己負担限度額
※該当する金額を囲む 1万円　・　2万円