

国民健康保険特定疾病認定申請書

記号番号	12-	個人番号																	
認定対象者氏名						生年月日	年 月 日												
認定対象者住所	平戸市							世帯主との続柄											
疾 病 名	1. 血友病(先天性血液凝固因子の一部)																		
	2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全																		
	3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症																		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

個人番号

世帯主 住所

氏名

平戸市長 様

(個人情報の取扱いについて)

※この申請書により収集した個人情報は、当該事務のみに利用するものとし、それ以外の目的に利用しません。