確認者	本人確認
	□個人番号カード　□運転免許証 □保険証と（　　） □その他（　　）

様式第１２号（第１４条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	認定を受ける被保険者の氏名及び生年月日		年　月　日生	
	個人番号			
	被保険者証の記号及び番号	み角　A	世帯主との続柄	
	認定を受ける被保険者の区分	1　国民健康保険一般被保険者 2　退職被保険者 3　退職被保険者の被扶養者		
	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（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。 年　月　日 療養取扱機関　名　称 所在地 医　師　名　㊞

上記のとおり申請します。

年　月　日

角田市長　殿

申請者（世帯主）　住所
氏名
個人番号
電話番号　（　　）

窓口に来た方（世帯主ご本人の場合は記載不要）　住所
氏名
電話番号　（　　）
世帯主との関係