

## 国民健康保険特定疾病療養認定申請書

被 保 険 者 (認 定 対 象 者)	被 保 険 者 番 号	沖 医 国  :		
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日		世帯主との続柄	
	個 人 番 号			
世 帯 主	氏 名			
	住 所			
<p>傷病に関する医師の意見</p> <p>傷病名 1. 人工透析を必要とする慢性腎不全 2. 血友病</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>病院等の名称</p> <p>所在地</p> <p>担当医師</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

上記のとおり申請します。

沖縄県医師国民健康保険組合  
理事長 殿

令和 年 月 日

住所

被保険者

氏名(自署)

常務理事	事務長	係 員	処 理 欄			
			受 付 年 月 日	令 和	年	月 日
			交 付 年 月 日	令 和	年	月 日