



被保険者記入欄

保険医記入欄

特定疾病認定決定伺い

| | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|-------|----|---|---|---|
| 課長 | 補佐 | 係長 | 係員 | 合議 | 起案年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 決裁年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 認定年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

特定疾病認定申請書

| | | | | | | | | | |
|---|---------|-------------|--------------|---|---|---|-----------------|----|---|
| 被保険者証 番号 | 〇〇〇〇〇〇〇 | 被保険者の 氏名 | えびの 太郎 | | | | 世帯主 との 続柄 | 本人 | |
| | | 生年月日 | 昭・平・令 〇年〇月〇日 | | | | | | |
| 個人番号 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 |
| 疾病名 | 〇〇〇〇〇〇〇 | | | | | | | | |
| 特定疾病認定を必要とする意見書 | | | | | | | | | |
| 上記の理由で認定の必要を認めます。 | | | | | | | | | |
| 保険医 住所 〇〇〇〇〇〇〇 | | | | | | | | | |
| 氏名 〇〇〇〇  | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 世帯主 住所 えびの市大字〇〇〇〇 | | | | | | | | | |
| 氏名 えびの 太郎  | | | | | | | | | |
| えびの市長 村岡 隆明 様 | | | | | | | | | |