

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									