

特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

池田市長 様

世帯主 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

届出人 上に同じ

氏名 _____ 印

下記の被保険者に対する特定疾病の認定を受けたく、国民健康保険法施行規則第27条の13の2第1項及び第2項により、関係書類を添えて申請します。

記

- 1、 池田市国民健康保険被保険者記号番号 池 国
- 2、 認定を受けようとする被保険者の氏名 _____
- 3、 認定を受けようとする被保険者の個人番号 _____
- 4、 認定を受けようとする被保険者の生年月日 _____ 年 月 日
- 5、 認定を受けようとする被保険者の疾病名称 _____

令和 年 月 日

| 課長 | 担当 |
|----|----|
| | |

国保・年金課

特定疾病の認定について

上記により申請のあった特定疾病の認定について、申請書及び関係書類を審査した結果認定することを妥当と認め、国民健康保険法施行規則第27条13の2第4項により、「特定疾病療養受療証」を交付してよろしいか。