

国民健康保険
特定疾病認定申請書

新規・再交付

被保険者 記号番号								保険区分	一般・退本・退扶	
								所得区分	現役並・一般・Ⅱ・Ⅰ	
認定対象者	氏名							課税区分	ア・イ・ウ・エ・オ	
	年 月 日生							再交付理由	破損・紛失・盗難 その他（ ）	
個人番号										
申請人	年 月 日									
	宮崎市長 殿 上記のとおり申請します。 住所 氏名 (世帯主) 電話：									
上記代理人	住所 氏名 電話：							(世帯主との続柄)		

意見書	
疾病及び治療の状況等	
上記の理由で認定の必要を認めます。 年 月 日	
保険医療機関等	住所 名称
医師又は歯科医師	氏名 電話

処 理 欄	交付番号	年度	(備考) 1万・2万
	交付年月日	令和 年 月 日	
	発効期日	令和 年 月 日	
	有効期限	令和 年 月 日	

決 裁	課長	課長補佐	係長	受付 資格確認	起案日 令和 年 月 日
					決裁日 令和 年 月 日