



伺	起案年月日		年 月 日		
	下記のとおり交付してよろしいかお伺いします。				
決定	課長	主幹	係長	決定年月日	起案者
				年 月 日	⑩

様式第8号の2

整理番号	※	決	※ 1 認定する		
資格確認	取得	※	年 月 日	裁	※ 2 認定しない
	喪失	※	年 月 日	処	(理由)
摘要	※	一般	退職	理	

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の記号番号	伊	
認定を受ける被保険者	氏名	世帯主の続柄
生年月日	昭和 年 月 日 平成	男・女
認定を受けようとする被保険者の疾病名		
上記のとおり申請します。		
平成 年 月 日		
世帯主住所 京都府与謝郡伊根町字		
氏名		
伊根町長 様		

疾病にかかっていることに関する意見書

受療者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
疾病名		診開始日	年 月 日	

病状等医師の意見

うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印

※ 以下のとおり医療券の提示を受け確認しました。	担当者	印
平成 年 月 日		

公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号	
受療者氏名		生年月日	年 月 日 男・女
疾病名			