

特 定 疾 病 認 定 申 請 書

被 保 険 者	氏名												男 ・ 女
	個人番号												
	生年月日	年 月 日											

認定疾病名				
被保険者の記号番号	記号	3 5 -	番号	

上記の認定疾病にかかわる助成をうけたいので別紙、医師の意見書
など関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

世帯主住所
氏 名
電 話 番 号

日野市長 様