第12号様式（第25条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

<table>
<tr><td colspan="2">被保険者記号・番号</td><td colspan="6">長・</td></tr>
<tr><td rowspan="3">認定対象者</td><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td><td>世帯主との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="6">長岡京市</td></tr>
<tr><td colspan="2">認定を受けようとする被保険者の疾病名</td><td colspan="6">1. 慢性腎不全　2. 血友病　3.（　　）</td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

長岡京市長　様

世帯主

住所　長岡京市

氏名

個人番号

電話　　－