

国民健康保険特定疾病認定申請書

認定対象者の 氏名及び生年月日		記号・番号 及び区分	13・
	昭・平・令 年 月 日		一般・退職本人・退職扶養
個人番号			
疾 病 名 該当する番号に○印 を付けて下さい。	<p>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病）</p> <p>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)</p>		

医 師 の 意 見 欄	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医療機関の</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>
----------------------------	---

(あて先) 東金市長
本書のとおり申請します。
年 月 日

申請者 住 所 東金市
(世帯主) 氏 名
個人番号
電話番号