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	 昭・平・令　　年　　月　　日	記号・番号	13・
個人番号			
疾　病　名 該当する番号に○印を付けてください。	1　人工腎臓を実施している慢性腎不全 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） 3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 （ＨＩＶ感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）		

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 名　称 医療機関の 所在地 医師名

（宛先）　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