

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者記号番号	54 -	
	認定を受けようとする被保険者の 氏名・生年月日・個人番号	氏名	
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
		個人番号
	疾 病 名	<p>該当する番号に○印を付してください。</p> <p>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>2 血しょう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(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。)</p>	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主 住所</p> <p>氏名</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号</p> <p>四街道市長 あて</p>	<p>.....</p>		

医師の意見欄	証 明 書	
	上記のとおり治療していることを証明いたします。	
	令和 年 月 日	
	所在地	
	保険医療機関	
	名称	
		医師名