

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

四街道市長  
鈴木 陽介 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号		54 -		
認定申請対象者	氏名			個人番号
	生年月日	年 月 日		
	疾病名	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因子障害等 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

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		
--------	---	--	--

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号(第 号)
		ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿( ) ニ 却下(理由)	交付番号(第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日
所得区分		ア・イ・ウ・エ・オ	