

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 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 ( ) ニ 却下 (理由 )	受付番号(第 号) 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	