

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

この太枠の中を記入してください

令和〇年 〇〇月 〇〇日

四街道市長  
鈴木 陽介 様

申請者 住所 四街道市鹿渡〇〇番地〇〇

氏名 四街道 太郎 個人番号

電話番号 000-000-0000

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号	54 - 00000000		
認定申請対象者	氏名	四街道 太郎	個人番号
	生年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	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

証明書等がない場合、  
医師に記入を依頼してください

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