

国民健康保険特定疾病認定申請書

○認定申請対象者

被 保 険 者 号 記 号 番 号		個 人 番 号	
氏 名		生 年 月 日	
住 所			世 帯 主 と の 続 柄
疾 病 名	1 . 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 . 血漿分画剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または 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

(当該疾病にかかっていることを証する書類があれば、医師の証明は不要です。)

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
医療機関	名 称 所在地
医師名	
印	

上記のとおり申請します。

(宛先)内灘町長

年 月 日

世帯主 住所

氏名

電話

個人番号