

# 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 証 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. 血友病(血漿分画剤を投与している先天性血液凝固第8因子障害 または先天性血液凝固第9因子障害) 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 \_\_\_\_\_