

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証 の記号番号			
	認定対象者 の氏名		個人番号	
	認定対象者 の生年月日	年 月 日	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 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)		

医 師 の 意 見 欄	上記疾病について診療を受けていることに相違ありません。
	年 月 日
	医療機関の名称
	所在地
	医師名

上記のとおり申請します。

年 月 日

尾 張 旭 市 長 殿

住所

世帯主 氏名

個人番号