

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

御代田町長 様

下記のとおり、特定疾病に関する意見書、関係書類を添えて交付申請します。

令和 年 月 日			
申請者・世帯主			
住所 〒 御代田町大字			
(電話 )			
氏名		個人番号	
窓口へ来られた方			
住所			
氏名		世帯主との関係	
対象者	被保険者証の 記号・番号	みよた	個人 番号
	氏名		生年 月日
特定疾病名		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	

※意見書欄は医療機関が記入押印してください。

特定疾病に関する意見書	
被保険者氏名	
認定疾病名	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
上記診療開始日	令和 年 月 日
上記の疾病であることを認める。	
令和 年 月 日	
(医療機関) 所在地	
名称	
医師氏名	印