

国民健康保険特定疾病認定申請書

| | | | | |
|---|--|--------|---|---|
| 認定対象者 | 被保険者 記号・番号 | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 個人番号 | | | |
| 疾病名 | 1 血友病 2 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 3 後天性免疫不全症候群（血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症） | | | |
| 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 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 申請者 住所 _____ (世帯主) 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話 _____ | | | | |
| 受付印 | | 豊明市長 殿 | | |