

国民健康保険特定疾病療養認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者記号・番号		(枝番)		No.
	認 定 対 象 者	氏 名			
		生年月日		世帯主との続柄	
		被保険者の区分	1 一般被保険者 2 退職被保険者 3 退職被保険者の被扶養者		
	疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血しょう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（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）			
個人番号					

※太枠の中を記入し、医療機関に提出してください。

医療機関の証明を受けた後、個人番号を記入して市役所に申請してください。

医 師 の 意 見 欄	上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。

年 月 日

(世帯主) 住 所

氏 名

個人番号

電話番号

(申請先) 土 浦 市 長