

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者の 記号番号	記号 多	番 号		
認定を受けようとする被保険者の 氏名、生年月日および個人番号		氏 名	男 ・ 女	
		生 年 月 日	年 月 日	
		個 人 番 号		
特 定 疾 病 の 名 称 (該当番号に○印を付して下さい。)		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感染症を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)		
国民健康法施行規則第27条の13第1項の規定により上記のとおり申請いたします。 年 月 日 世帯主 住 所 _____ 氏 名 _____ 個人番号 _____ 多古町長 様				
証 明 書 上記 は、 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感染症を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る) で治療していることを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 _____ 名 称 _____ 医師または歯科医師名 _____				

※ 更生医療券を持参された方は証明書の記載は必要ありません。