

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者記入欄	疾 病 名	1 人工腎臓（人工透析）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因子障害または、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ものに係るものに限る）			
	被保険者証の記号・番号				
	認定対象者氏名	男・女	世帯主との続柄		
			生年月日	年	月
認定対象者住所					
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 名 称 療養取扱機関 所在地 医師名 <span style="float: right;">㊟</span>				
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 世帯主 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span> 個人番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
処 理	被 保 険 者 区 分	発 効 期 日	受療証交付年月日	担当者	
	1 一般被保険者				
	2 退職被保険者	年 月 日から有効	年 月 日交付		
	3 2の被扶養者				

処理欄は、申請者は記入する必要ありません。