

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	島 1 0 - 〇〇〇〇〇〇〇〇			
	認 定 対 象 者 氏 名	相馬太郎	男・女	世帯主との続柄	本人
			生年月日	〇〇年〇月〇日	
認 定 対 象 者 住 所	相馬市〇〇字〇〇〇〇番地				
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。 〇〇年〇〇月〇〇日 名 称 〇〇病院 療養取扱機関 所在地 〇〇県〇〇市〇〇字〇〇〇〇番地 医師名 〇〇〇〇 ⑩				
上記のとおり申請します。 〇〇年〇〇月〇〇日 住 所 相馬市〇〇字〇〇〇〇番地 世帯主 氏 名 相馬太郎 ⑩ 個人番号 <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	年 月 日から有効		年 月 日交付	
	2 退職被保険者				
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。