

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の 記号番号	記号	市	番号	種別	一般・退職
認定を受けようとする被保険者の氏名及び生年月日	氏名			性別	男・女
	個人番号				
	生年月日	昭和・平成		年	月 日

特定疾病の名称 該当する番号に○印を付けてください。	<ol style="list-style-type: none"> 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。 2 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者に係るものに限る)
-----------------------------------	---

国民健康保険特定疾病認定書を上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

世帯主 住所 市川市 丁目 番号

()

氏名 印

個人番号

市川市長 あて 電話 ()

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者に係るものに限る)

で

治療していることを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の

所在地

名称

医師名 印