No.

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・平・令　　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。	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。

年　　月　　日

世帯主　住所　市川市　　丁目　　番　　号

（　　）

氏名

個人番号

電話　　（　　）

市川市長　あて

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。

年　　月　　日

医療機関の
- 所在地
- 名称

医師名　　印