

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者 記号番号										
	個人番号										
	認定対象者 氏名及び 生年月日								世帯主と の続柄		
		年 月 日									
疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿 ^{しょう} 分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）										

医師の意見欄	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p>									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所
氏 名
個人番号
電 話

豊 橋 市 長 様