

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

|  |        |   |
|--|--------|---|
| 被保険者証記号番号  |        |   |
| 認定を受けようとする被保険者   | フリガナ   |   |
|  | 被保険者氏名 |   |
|  | 生年月日   | 年 月 日   |
|  | 個人番号   |   |
|  | 疾病の名称  | <input type="checkbox"/> 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全<br><input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害<br><input type="checkbox"/> 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) |
| 保険医の意見   | 疾病の名称  |   |
|  | 診療開始日  | 年 月 日   |
|  | 医師の証明欄 | 南アルプス市長 様<br>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。<br>年 月 日<br>医療機関 所在地<br>名称<br>保険医氏名 ⑩  |
| 上記のとおり、国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。                         |        |   |
| 南アルプス市長 様<br>年 月 日<br>申請者 (世帯主) 住所<br>氏名<br>個人番号<br>電話番号 |        |   |