国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者番号		
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	□ 人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全 □ 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 □ 抗ウィ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	
	保険医の意見 診療開始日	年　　月　　日
	保険医の意見 医師の証明欄	南アルプス市長　　様 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 医療機関　所在地 名　称 保険医氏名　　㊞

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

年　　月　　日

申請者（世帯主）　住　　所

氏　　名

個人番号

電話番号