

様式第 1 1 号 (第 1 7 条関係)

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			
認定を受けようとする 被保険者の氏名		生年月日	年 月 日
医師又は歯科医師 の意見書	疾病の名称	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人工腎臓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 ・ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 	
	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 所 在 地 医療機関の 名 称 医師（歯科医師）名 ㊟		
上記のとおり特定疾病の認定を申請します。 年 月 日 住 所 世帯主 氏 名 ㊟			
本巢市長 様			