

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者	被 保 険 者 証 記 号 番 号	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	個 人 番 号	
疾病名称	<ul style="list-style-type: none"> ・人工透析が必要な慢性腎不全 ・先天性血液凝固因子障害の一部 ・血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症 	
医師の意見欄	疾病名	<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Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害 ・抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
	<p>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>年 月 日</p> <p>名 称</p> <p>医療機関</p> <p>所 在 地</p> <p>医 師 名</p>	
<p>本巢市長様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号 — —</p>		