

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証 記号番号	阿 賀		世帯主氏名								
			個人番号								
認定対象者 氏 名							認定対象者 生年月日	昭・平	年	月	日
個人番号							世帯主との続柄				
疾 病 名	<p>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>2 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</p> <p>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）</p>										

医 師 の 意 見 欄	<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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 名 称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>
----------------------------	---

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

世帯主 住 所 _____

氏 名 _____

電話 () -

阿賀町長 様

記入例

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証 記号番号	阿 賀	01234567	世帯主氏名	阿 賀 太 郎											
			個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
認定対象者 氏 名	阿 賀 花 子						認定対象者 生年月日	昭	平	25年	12月	31日			
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	世帯主との続柄	妻	
疾 病 名	<p>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>2 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</p> <p>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）</p>														

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。														
	平成 28 年 1 月 1 日														
	医療機関 名 称					▲▲ 病院									
	所在地					新潟市中央区●●番地									
医師名					新潟 太郎					印					

上記のとおり申請します。

平成 28 年 1 月 1 日

世帯主 住 所 阿賀町津川580番地

氏 名 阿賀 太郎

電話 (0254) 92 - 3111

阿賀町長 様