

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・令	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;">令和 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。

令和 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・令 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	① 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 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）															

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。 令和 元 年 5 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。

令和 元 年 5 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