

年 月 日

国民健康保険特定疾病認定申請書

酒田市長 宛

住所  
世帯主  
氏名  
個人番号



次のとおり申請いたします。

被保険者証 記号番号		
認定申請 対象者	氏名	個人番号
	生年月日	
	住所	
	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(いわゆる血友病) 3 抗ウイ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。)

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。  年 月 日  所在地 医療機関の 名称 医師名
----------------	---

