

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

次のとおり申請いたします。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	—		
認 定 申 請 対 象 者	氏 名	生 年 月 日	昭 和 平 成 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