国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者等の記号及び番号	記号 ４１	番　号		
認定を受けようとする被保険者の氏名及び生年月日		氏　名		男 ・ 女
		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
個 人 番 号				
特定疾病名（該当する番号に○を付してください。）		1　人工腎臓を実施している慢性腎不全 2　血友病（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 （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）		

国民健康保険法施行規則第２７条の１３第１項により上記のとおり申請いたします。

年　　月　　日

世帯主　住　所

氏　名

個人番号

いすみ市長　太　田　　洋　様

証　　明　　書

上記　　は

1　人工腎臓を実施している慢性腎不全
2　血友病（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Ⅳ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
（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。）

で治療していることを証明いたします。

年　　月　　日

医療機関の 所在地

名　称

医師又は歯科医師名　　㊞

（注）更正医療券を持参された方は証明書の記載は必要ありません。