

# 国民健康保険 特定疾病 認定申請書

(あて先) 須坂市長

年 月 日

申請者(世帯主)

窓口に来た方

住 所

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主との続柄

\_\_\_\_\_

電 話

\_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

被保険者証の記号番号	須 ・	1. 一般 2. 退職本人 3. 退職家族	
認定申請対象者	氏 名		世帯主との続柄
	生年月日	年 月 日	診療開始日
	個人番号		
特定疾病名	1 人工腎臓(人工透析)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(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  医療機関の所在地及び名称  保険医氏名 <span style="float: right;">㊟</span>		