

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証 記号番号		一般・退本・退扶
療養を受け ようとする 被保険者	氏名	
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	個人番号	
疾病の名称	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血友病 3. 後天性免疫不全症候群	

上記のとおり、別紙医師の意見書又は関係書類を添えて国民健康保険
特定疾病認定書の交付を申請します。

令和 年 月 日

白山市長 あて

郵便番号 ー

世帯主 住 所 白山市

氏 名

個人番号

電 話 () ー

国民健康保険の特定疾病認定にかかる 医師の意見書

認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
認定対象者の住所	白山市					

医師の意見欄	疾病名	<ol style="list-style-type: none">人工腎臓を実施している慢性腎不全血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固Ⅸ因子障害等抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
	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 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師名	