

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

松 原 市 長 殿

世帯主 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号			
認 定 申 請 対 象 者	氏 名		個人番号
	生年月日		電話番号
	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 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

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。  <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">名 称</p> <p style="text-align: right;">医療機関の 所在地</p> <p style="text-align: right;">医師名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>
----------------------------	---