

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

平成 年 月 日

兵庫県宍粟市長

殿

住所

世帯主

氏名

㊟

下記のとおり申請します。

被保険者証 記号番号	.....				
認定申請 対象者	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	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。
	平成 年 月 日  医療機関の 名称 所在地 医師名

㊟