

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

兵庫県宍粟市長

様

住所

世帯主 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		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号						
	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。						
	令和 年 月 日						
	名称						
	医療機関の 所在地						
医師名							
署名または記名押印							

受付		作成・交付				
	郵送	手渡	窓口 番号確認		窓口 本人確認	
			<input type="checkbox"/> 個人番号カード			
			<input type="checkbox"/> 通知カード		<input type="checkbox"/> 運転免許証 ( )	
			<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他( )	