

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

遊佐町長 殿

住 所  
世帯主  
氏 名  
個人番号  
日中連絡のつく電話番号

被 保 険 者 証 記 号 番 号			
認 定 申 請 対 象 者	氏 名	生年月日	. .
	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(いわゆる血友病) 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。  年 月 日  名 称 医療機関の 所在地 医師名
-------------------------	--

摘 要	発 効 年月日	. .	交 付 年月日	. .
-----	------------	-----	------------	-----

更正医療券の発行があるときは、医師の意見書は不要

※職員記入欄

申請者以外の方が提出した場合 氏名			
申請者又は提出者の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他 ( )