

国民健康保険特定疾病認定申請書

認定対象被保険者の氏名及び生年月日		年 月 日
被保険者証の記号番号	み多 A	個人番号
認定対象被保険者の資格区分	1 国民健康保険一般被保険者 2 退職被保険者（本人） 3 退職被保険者（被扶養者）	
疾 病 名	1 人工腎臓（人工透析）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（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（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）	
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。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 名 称 医療機関 所在地 医師名 </div>	
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 多賀城市長 殿 申請者（世帯主） 住 所 _____ 氏 名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____ </div>		