

平成 年 月 日

### 国民健康保険特定疾病認定申請書

酒田市長 あて

住所  
世帯主  
氏名 ⑩

次のとおり申請いたします。

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
	住所		
	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(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(HIV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。
	平成 年 月 日
	所在地 医療機関の 名称
	医師名 <span style="float: right;">⑩</span>