

年 月 日

国民健康保険特定疾病認定申請書

酒田市長 宛

住 所  
世帯主  
氏 名  
個人番号

次のとおり申請いたします。

|                      |       |                                                                                                                                        |         |
|----------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 被 保 険 者<br>記 号 ・ 番 号 |       |                                                                                                                                        |         |
| 認 定 申 請 対 象 者        | 氏 名   |                                                                                                                                        | 個 人 番 号 |
|                      | 生年月日  |                                                                                                                                        |         |
|                      | 住 所   |                                                                                                                                        |         |
|                      | 疾 病 名 | 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>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)<br>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<br>師<br>の<br>意<br>見<br>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。<br><br>年 月 日<br><br>所在地<br>医療機関の<br>名 称<br>医 師 名 |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|