

国民健康保険特定疾病認定申請書

記載例

令和 6 年 12 月 2 日

四万十市長 殿

世帯主 住所 四万十市中村大橋通4丁目10番地
氏名 国保 太郎 個人番号 0000 0000 0000

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	国保 花子	個人番号	0000 0000 0000
	生年月日	平成2年3月1日		
	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 6 年 12 月 2 日 医療機関の 名称 四万十市立市民病院 所在地 四万十市中村東町1丁目1-27 医師名 市民 太郎			