

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

四万十市長 殿

世帯主 住所 _____
氏名 _____ 個人番号 _____

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 | | 個人番号 |
| | 生年月日 | | |
| | 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 年 月 日 医療機関の 名称 所在地 医師名 | | |