

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

申請者 住所 _____
氏名 _____ 個人番号 _____
電話番号 _____

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因子障害等 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		

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ	