

国民健康保険特定疾病認定申請書

平成 年 月 日

備前市長 殿

世帯主 住所 _____

氏名 _____ ⑩ 個人番号 _____

下記のとおり申請します。

被保険者証記号番号			
認定申請対象者	氏名		
	生年月日	個人番号	
	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Ⅳ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。
	平成 年 月 日
	名称
	医療機関の所在地
	医師名
	⑩