

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

行田市長

世帯主 住 所

氏 名

電話番号

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	行 田		
認 定 申 請 対 象 者	氏 名		個人番号
	生年月日	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（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定めるものに係るものに限る。	

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。
	年 月 日
	医療機関 名 称
	所在地
	医師名