**国民健康保険特定疾病認定申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 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。　　 年　　 月　　 日名　称医療機関の　所在地　　　　　　医師名 |

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

世帯主　住所

氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

大船渡市長　様