**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