

別記様式第10号(第13条関係)

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

後志広域連合長様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印 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	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	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>名 称 医療機関の 所在地 医師名 印</p> <p>※自署の場合、押印不要</p>			
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 交付番号(第 認定等年月日 令和 年 月 日	号) 号)
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ		