

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 _____ ⑩ 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	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 医療機関の 所在地 医師名 ⑩ ※自署の場合、押印不要				
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 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日	
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ			