

国民健康保険特定疾病認定申請書

個人番号 (認定申請対象者)												
被保険者 記号・番号												
認定申請 対象者	氏名						生年月日	年 月 日				
	疾病名	1. 人工透析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（いわゆる血友病） 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）										
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>後志広域連合長様</p> <p>年 月 日</p> <p>個人番号 <input type="text"/></p> <p>世帯主住所</p> <p>氏名 ㊟</p>												
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>所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師名 ㊟</p>											

※自署の場合、押印不要