

国民健康保険 特定疾病認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	世 帯 主 氏 名		被保険者記号・番号			
	認定対象者の 氏 名 (個人番号)	()	認定対象者 の生年月日	年 月 日	世 帯 主 と の 続 柄	
	認定対象者の 住 所					
	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（H I Vを含み、厚生労働大臣の定めるものに限る）				

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 所在地 医療機関 名 称 医 師 名
	上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 世帯主 氏 名 個人番号 電話番号 郡 上 市 長 様