

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	世帯主名 氏名		被保険者証の記号番号		
	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	世帯主の続柄
	認定対象者の住所	郡上市			
	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。 平成 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。 平成 年 月 日 住所 郡上市 世帯主 氏名 Ⓜ (個人番号) 電話番号 0575 () 郡上市長 様