

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

秋田県横手市長 殿

世帯主 住所 _____
氏名 _____
個人番号 _____

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 証 記 号 番 号			
認 定 申 請 対 象 者	氏名	生年月日	
	個人番号		
	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(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 4 その他	

医 師 の 意 見 欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。		
	令和 年 月 日		
	名称		
	医療機関の	所在地	
医師名			

来庁者 確 認	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯員() <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他()	確認者
------------	---	---	-----