

# 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 \_\_\_\_\_ (印)  
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	(印)	

本人 確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード・住基カード <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 官公署身分証明書(写真付) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 職員による確認 <input type="checkbox"/> その他( )	確認 者印	
----------	---	----------	--