

受付日

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の記号番号	—	—	認定対象者の氏名	
	認定対象者の個人番号				
	認定対象者の生年月日	昭・平・令 年 月 日			
	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 (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。)			

医師の意見欄	上記の疾病によ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		
	保険医療機関の	所在地		
		医師名	印	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日
〒 —

住所 熊本市
世帯主

氏名 印
個人番号

(TEL —)

認定年月日

熊本市長様