

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	年 月 日					認定対象者の性別	男・女			
	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								印
				医師名									

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

個人番号

(Tel — )

熊本市長様

認定年月日