

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	水俣国保	認定対象者の氏名			
			個人番号			
	認定対象者の生年月日	昭和・平成 年 月 日			世帯主との続柄	
	認定対象者の住所	水俣市			身障手帳の交付	有・無
疾病名	1	人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全				
	2	血しょう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(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者にかかるものに限る。)				

医師の意見欄	<p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">療養取扱機関 名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>
--------	--

国民健康保険法施行規則第27条の13の規定に基づき、上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 水俣市

氏名

個人番号
(電話 ー)

水俣市長 様

※備考欄