

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

坂戸市長 あて

世帯主 住所 _____
氏名 _____ 個人番号 _____
電話番号 _____

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号	坂戸一		
認定 申請 対象者	氏名		個人番号
	生年月日	年 月 日	
	疾病名	1 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 2 人工透析が必要な慢性腎不全 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	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。		
	年 月 日	名称	
	医療機関の	所在地	医師名
			印

受付