

記入例

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

坂戸市長 あて

世帯主 住所 坂戸市千代田1-1-1

氏名 坂戸 たろう

個人番号

電話番号 049-283-1331

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号	坂戸—〇〇〇〇〇〇		
認定 申請 対象者	氏名	坂戸 じろう	個人番号
	生年月日	S 〇〇年 〇月 △△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。）	
※該当する疾病に〇をしてください。			
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
	医療機関の		名称
	所在地		医師名
			印

受付