

国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	認定対象者の氏名		記号番号	
			個人番号	
	認定対象者の 生年月日	年 月 日	世帯主 との続柄	
	認定対象者の住所	羽島郡岐南町 丁目 番地		
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 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			

医 師 の 意 見	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 医療機関の住所 名称 医師名 ㊞
-----------------------	--

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所

世帯主 氏名 ㊞

電話 () -

個人番号

岐南町長 宛