様式第８号(第１６条関係)

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