

国民健康保険特定疾病申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記 号	神 栖	番 号											
	認定を受け ようとする 被保険者	氏 名							生年月日						
		年 月 日													
	被保険者	個 人 番 号													
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 又は血友病先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 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 書	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。 <div style="text-align: center;"> 令和 年 月 日 医療機関の 名 称 所在地 医師名 印 </div>													
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所 神栖市

氏 名

個人番号

（電話番号 — ）

神 栖 市 長 様

課長	補佐	係長	担当者	国保番号