

国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者の記入欄	被保険者記号番号	松茂			
	認定対象者氏名	個人番号 ()	生年月日	昭・平・令 年 月 日	男 女
	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 (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	上記のとおり治療を受けていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	医療機関の所在地
	名称
	医師名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

松茂町長殿

住所

世帯主

氏名

個人番号

電話番号