

国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者記入欄	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 または第Ⅸ因子障害 2 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群										
	記号	島 6	番号										
	認定対象者	氏 名							世帯主との続柄				
									生年月日	年 月 日生			
		個人番号											
住 所													
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 保険医療機関名 所 在 地 保 険 医 氏 名												
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 (申請者) 氏 名 個人番号 電話番号 — 提出者 ☐ 世帯主の提出 (世帯主と異なる場合) 住 所 氏 名 (世帯主との関係) 会津若松市長 あて													
※処理	被保険者区分		発 効 期 日		受療証交付年月日				受付者				
	1 一般被保険者 2 高齢		年 月 日 から有効		年 月 日 交付								

※欄は、申請者は記入する必要はありません。