

特 定 疾 病 認 定 申 請 書

被保険者証記号番号		み											
被 保 険 者	氏 名												
	生年月日		個人番号										
特 定 疾 病 名		1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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)											
疾病の認定年月日		年 月 日											
上記のとおり申請します。 年 月 日 (世帯主) 住 所 氏 名 個人番号 電話()													
特 定 疾 病 に 関 す る 意 見 書													
被保険者氏名													
認定疾病名													
上記の疾病であることを認める。 年 月 日 (医療機関) 所 在 地 名 称 医師氏名 印													
備 考												受 付 印	

※ 意見書は、医療機関で記入してください。
※ 申請の際、当該疾病にかかっていることが明らかになる医療券等の写しの添付があった場合は、特定疾病に関する意見書の欄は記入を要しません。