

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

三郷市長あて

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 (世帯主)  
 氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号			
認定申請対象者	氏名		個人番号
	生年月日	年 月 日	
	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  名称 医療機関の所在地 医師名		