

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

夕張市長 様

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_  
電話番号(携帯可) \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

被保険者証 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	
	医療機関の 名称	
	所在地	
	医師名	印