

様式（法施行規則第27条の14）

国民健康保険特定疾病認定申請書

| | | | | |
|---------------------------------|---|-----|----|-----|
| 被保険者証 | 記号 | 安曇野 | 番号 | |
| 認定を受けようと とする被保険者 | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 昭平令 | 年 | 月 日 |
| 令第29条 の2第5項 規定する疾 病の名称 | 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（いわゆる血友病） 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 | 人工透析または血漿分画製剤投与の開始日 年 月 日より開始 | | | |
| | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 療養取扱機関の所在地及び名称 保険医 氏名 | | | |

上記について、証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

住所 安曇野市

番地

世帯主

氏名

（宛先）安曇野市長