

国民健康保険特定疾病認定申請書

(宛先) 安曇野市長

年 月 日

申請者  
住所  
世帯主氏名  
電話番号

下記のとおり、証拠書類を添えて申請します。

被保険者記号・番号	記号	安曇野	番号	
認定を受けようとする 被保険者	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	個人番号			
特定疾病名	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(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	人工透析又は血漿分画製剤投与の開始日 年 月 日			
	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  療養取扱機関の所在地及び名称  保険医 氏名			