

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

多治見市長

申請者住所

(世帯主)

氏名

個人番号

電話番号

下記の通り申請します。

認定申請 対象者	被保険者証 記号・番号	多 ー		
	氏 名		世帯主との 続 柄	
	生 年 月 日		個 人 番 号	
	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	下記の通り診療を受けていることに相違ありません。			
	年 月 日			
	保健医療機関名			
	所 在 地			
	医 師 名			