## 国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

多治見市長

下記の通り申請します。

認定申請対象者		深 険 者 号 • 番		多 一		
	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	
		名	2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第™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	生免疫不全症例	<b>卖群</b>	

			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						
医	師		保健医療機関名						
意	見	欄	所 在 地						
			医 師 名						