

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

豊後大野市長 様

下記のとおり申請します。  
 また、手続きに際し必要となる個人番号、公簿等を閲覧されることに同意します。

被保険者証 記号番号	ぶんど国			
申請者 (世帯主)	住所	豊後大野市	電話	— —
	氏名		個人 番号	
代理人 □対象者と同じ	住所	豊後大野市	世帯主との 続柄	
	氏名		電話	— —
対象者	氏名		個人 番号	
	生年 月日	年 月 日	世帯主との続柄	
疾病の名称	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 坑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。) <input type="checkbox"/> その他( )			

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
	医療機関名
	所在地
	医師名
	印

受付印