

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証 の記号番号	記号 多	番 号	
認定を受けようとする被保険者の 氏名、生年月日および個人番号		氏 名	男 ・ 女
		生 年 月 日	年            月            日
		個 人 番 号	

特 定 疾 病 の 名 称 (該当番号に○印を付して下さい。)	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全  2 血友病(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 (HIV感染症を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)
------------------------------------	---

国民健康法施行規則第27条の13第1項の規定により上記のとおり申請いたします。

年        月        日

世帯主        住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

多古町長        様

### 証 明 書

上記                    は、

- 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- 2 血友病(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  
(HIV感染症を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)

で治療していることを証明します。

年        月        日

医療機関        所在地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

医師または歯科医師名 \_\_\_\_\_

※ 更生医療券を持参された方は証明書の記載は必要ありません。