|  |
| --- |
| 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 |  |
| 認定を受けようとする被保険者の個人番号 |  |
| 認定を受けようとする被保険者の氏名 |  | 生年月日 |  年　 月 　日 |
| 医師等の意見欄 | 疾病の名称 | １．人工透析を行う必要のある慢性腎不全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（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。） |
| 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　　　　　　　　　　所在地医療機関の　名称　　　 　医 師 名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　上記のとおり特定疾病の認定を申請します。　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　世帯主　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　八百津町長　　様 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 町長 | 副町長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 主任 | 係 |
|  |  |  |  |  |  |  |

第１０号様式（第１５条関係）