

町長	副町長	課長	課長補佐	係長	主任	係

様式第10号（第15条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書			
被 保 険 者 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			