

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主記入欄	被保険者証の 記号及び番号	奈 3 0											
	個 人 番 号												
	対 象 者 氏 名												
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日											
	住 所	香芝市											
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製材を投薬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（血友病） 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限る）											

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
	医療機関の名称
	所在地
	医師名 ⑩

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 香芝市

香芝市長 殿

個人番号

世帶主 氏名

電話番号