

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	認定対象者	記号		番号（枝番）	（枝番）	
		氏名				
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
		個人番号				
	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。）				
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。 令和 年 月 日 医療機関 名称 所在地 医 師 名					
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 （宛先）入間市長 世帯主 住 所 _____ 氏 名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____						

- 備考 1 申請の際、慢性腎不全に係る更生医療券の提示を行う等により当該疾病にかかっていることが明らかである者については、医師の意見欄の記入を受ける必要はありません。
- 2 個人番号は、医師の意見欄の記入を受けた後に記入してください。