

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

佐倉市長 西田 三十五

世帯主 住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

下記の通り申請します。

被保険者証 記号番号			
認定対象申請者	氏名		個人番号
	生年月日	年 月 日	
	疾病名	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（H I V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。 年 月 日 医療機関の 名称 所在地 医師名 ㊟		

ご不明な点は 佐倉市役所 健康保険課までお問合せください。

電話：043-484-1783