

## 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 佐倉市海隣寺町 97 番地

氏名 佐倉 太郎

個人番号

下記の通り申請します。

記号番号	倉 〇〇〇〇〇〇- 〇			
認定対象申請者	氏名	佐倉 太郎	個人番号	注 1
	生年月日	昭和31年 8月 29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（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。 年 月 日 医療機関の 名称 所在地 医師名 ㊟			

申請者記入欄

医療機関記入欄

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

注 1 個人番号については、医療機関の記入後、申請時に記入してください。  
(医療機関の証明を受ける際は必要ありません。)