

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

田村市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号			
認 定 申 請 対 象 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因子障害等 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

意 思 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
----------------------	--

処 理 欄	認 定 等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 ( ) ニ 却下 (理由) ( )	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	