

執行 伺	課長	係長	担当者

認定してよろしいかお伺いします。

国民健康保険 特定疾病認定申請書

被保険者証記号番号		記号	1 6	番号	
認定を受けようとする被保険者	氏名				個人番号
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
特定疾病名 (該当する番号に○印)		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 ・先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3 後天性免疫不全症候群(血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症)			
上記のとおり認定申請します。 令和 ____年 ____月 ____日 世帯主住所 習志野市 氏名 _____ <small>(個人番号)</small> 電話 _____ 習志野市長 宛て					
上記 _____ は		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 ・先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3 後天性免疫不全症候群(血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症)			
		_____ で治療していることを証明します 令和 ____年 ____月 ____日 医療機関の所在地 名称 医師又は歯科医師名 _____ 印			

(注) 自立支援医療受給者証(更正医療券)を持参された方は、証明書の記載は必要ありません。