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																					
個人番号																					
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。

世帯区別	交付方法	申告	滞納			
一般	窓口・郵送	済・未	有・無			
	交付年月日	発効期日		受付	発行	確認
特別療養候補	令和 年 月 日	令和 年 月 日				
特別療養						