

国民健康保険 特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	世帯主氏名			男・女	生年月日	昭和 年 月 日 平成		
	認定対象者	氏名		男・女	生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和		
		被保険者番号					世帯主との続柄	
		個人番号						
		住所	高知県吾川郡仁淀川町					
		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(いわゆる血友病) 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。			
	令和 年 月 日			
	名称			
	医療機関の所在地			
	医師名 ⑤			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 高知県吾川郡仁淀川町

氏名

仁淀川町長 様

課長	課長補佐	係長	係