国民健康保険　特定疾病認定申請書

<table>
<tr><td rowspan="6">世帯主が記入する欄</td><td colspan="2">世帯主氏名</td><td></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和
平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="5">認定対象者</td><td>氏名</td><td></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和
平成
令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>被保険者番号</td><td colspan="4"></td><td>世帯主との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="4"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="6">高知県吾川郡仁淀川町</td></tr>
<tr><td>疾病名</td><td colspan="6">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</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>医師の意見欄</td><td>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

医療機関の　名称
所在地
医師名　　㊞</td></tr>
</table>

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