

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者記号・番号	(枝番)					
	認定対象者氏名						
	認定対象者個人番号						
	認定対象者生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	続柄	
	疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血しょう分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障がい又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障がい（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。）					

保険医等の意見欄	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
	所在地	
	保険医療機関	名称
		医師名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 あま市

世帯主

氏名

個人番号

TEL (            )            -

届出者

連絡先 (            )            -

あま市長 様

	確認	入力	受付者
処理欄			