様式第１５号（第１２条関係）

受付印

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

処理欄	確認	入　力	受付者

市民生活部 保険医療課