

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

豊川市長 殿

住所
世帯主 氏名
電話
個人番号

下記のとおり特定疾病に認定してください。

記

被保険者証の記号番号
被保険者の区分 <input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者の被扶養者
認定を受けようとする被保険者の氏名及び生年月日 年 月 日生
認定を受けようとする被保険者の個人番号
認定を受けようとする被保険者のかかっている疾病 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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）

特定疾病に関する意見書

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 名称 医療機関 所在地 医師又は歯科医師の氏名 印

注 該当する□に印を記入してください。