

国民健康保険特定疾病認定申請書

(宛先) 富山市長

被保険者 記号番号	〇〇〇 — 〇〇〇	申請年月日	令和 〇〇 年 〇月 〇日
申 世 帯 主 者	住 所	富山市〇〇町〇〇番〇〇号	
	氏 名	富山 太郎	
	連絡先	電話 (〇〇〇) 〇〇〇 — 〇〇〇〇	
	個人番号		

次のとおり申請します。

世 帯 主 が 記 入 す る 欄	認定対象者の 氏 名 等	富山 花子		世帯主と の 続 柄	妻
		平成〇〇年 〇〇月 〇〇日生			
		個 人 番 号			
	認定対象者の 住 所	富山市〇〇町〇〇番〇〇号			
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 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 〇〇年 〇月 〇日
	医療機関の名称及び所在地 〇〇病院 富山市〇〇町〇〇番〇〇号 医師名 立山 一郎

医師が記載する欄です。

処理欄	受付
-----	----