

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 号 記 号 番 号	—		申請年月日	年 月 日
申 世 帯 主 者	住 所			
	氏 名			
	連絡先	電話 () —		
	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			世帯主との 続 柄	
		年 月 日生			
			個 人 番 号		
	認定対象者の 住 所				
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。
	年 月 日
	医療機関の名称及び所在地 医師名

処理欄	受付
-----	----