

国民健康保険特定疾病認定申請書

(宛先) 富山市長

被保険者証 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	年 月 日生	世帯主との続柄	
		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
-----	----