

国民健康保険特定疾病認定申請書					受 付 印	
世帯主が記入する欄	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	—				
	認 定 対 象 者 の 氏 名					
	認 定 対 象 者 の 個 人 番 号					
	認 定 対 象 者 の 生 年 月 日	年 月 日	世 帯 主 と の 続 柄			
	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				
	所在地				
	医師名				

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所
世帯主 氏 名
(個人番号：)
(電 話 —)
届出人 氏 名

(宛先)小牧市長

上記の申請について認定し、特定疾病療養受療証を交付してよろしいか。				
決 裁 欄		起 案	年 月 日	
		決 定	年 月 日	
		交 付	年 月 日	