

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

安来市長 様

世帯主 住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

下記のとおり申請します。

| | | | |
|---------------|------|---|------|
| 被保険者等 記号番号 | | | |
| 認定申請 対象者 | 氏名 | | 個人番号 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 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因子障害等 3 その他 () | |

| | |
|----------------|---|
| 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 印 |
|----------------|---|