**国民健康保険特定疾病認定申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  記号・番号 | | 十日町 | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  | 世帯主  との続柄 |  |
| 世帯主氏名 | |  | | | | 生年月日 | | | 昭・平・令 　　年　　月　　日 | | | |
| 認定対象者氏名 | |  | | | | 生年月日 | | | 昭・平・令 　　年　　月　　日 | | | |
| 疾　病　名 | 1 | 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 | | | | | | | | | | |
| 2 | 血　友　病 | | | | | | | | | | |
| 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　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　医療機関の　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

上記のとおり申請します。

　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主氏名

十　日　町　市　　様