**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