国民健康保険特定疾病認定申請書

令和　　年　　月　　日

（宛て先）　磐田市長

申請人　住　所

（世帯主）氏　名

電　話

下記の者が、厚生労働省令に定める特定疾病療養該当者であることを認定願います。

記

<table>
<tr><td rowspan="3">被保険者</td><td>記号番号枝番</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>昭和
平成
令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">認定疾病名</td><td>1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全

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）</td></tr>
<tr><td>医師の意見欄</td><td colspan="2">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

医療機関の所在地

医療機関名

医　師　名</td></tr>
</table>