国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の記号・番号	滋　湖
	認定対象被保険者の氏名・生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日
	疾　病　名	１．人工腎臓を実施している慢性腎不全 ２．血友病 ３．後天性免疫不全症候群（ＨＩＶ感染を含む）

医師の意見欄	上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 保険医療機関の名称 所在地 医師名　　㊞

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

世帯主　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話（　　）