

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の記号番号	記号	里	番号	—
認定を受けようとする被保険者の 氏名・性別並びに生年月日	氏名			性別 男・女
	個人番号			
氏名・性別並びに生年月日	生年月日	大・昭・平	年	月 日
令第29条の2第5項に規定する疾病の名称 (該当番号に○印を付してください)	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血友病（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感染症を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）			
国民健康保険法施行規則第27条の13第1項の規定により上記のとおり申請します。 年 月 日 富里市長 様 世帯主 住所 富里市 氏名 (印) 個人番号				

証 明 書	
上記	は、 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <ol style="list-style-type: none"> 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血友病（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感染症を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る） </div> で
治療していることを証明します。	
年 月 日	
医療機関	所在地
	名称
医師又は歯科医師名	(印)

(注) 更生医療券を持参された方は証明書の記載は必要ありません。