

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

三島市長 へ

申請人 住所

氏名 ⑩

下記の者が、厚生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

被保険者氏名	生年月日
認定疾病名	
被保険者証の記号番号	

意見書

上記の者について

- 病名 ①人工透析を必要とする慢性腎不全
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完全症候群

の療養が必要であることを認めます

令和 年 月 日

所在地

(療養取扱機関) 名称

担当医

⑩