

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			
	認定対象者の氏名		世帯主との続柄	
	認定対象者の生年月日	年	月	日
	認定対象者の個人番号			
	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因子障害等 3. 血友病		

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。			
	年	月	日	
	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

個人番号

大 口 町 長 様