

課長専決

決裁	主管課長	課長補佐	主 幹	参事	主事	支所長	課員

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者 記号・番号		あさぎり 号	
世帯主氏名		世帯主との続柄	
認定対象者氏 名		認定対象者生年月日	年 月 日
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. 抗ウィ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限る)		
医療機関証明欄	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 あさぎり町 番地

氏 名

連絡先

あさぎり町長 様

受付者

認定証発行状況	年 月 日	(様)へ渡し済
---------	-------	-----------