

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

東彼杵町長 殿

世帯主 住所 東彼杵町

氏名 個人番号

下記のとおり申請します。

| | | | |
|---------------|------|--|------|
| 被保険者証 記号番号 | 東彼杵 | | |
| 認定申請 対象者 | 氏名 | | 個人番号 |
| | 生年月日 | 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 | |

| | |
|------------------------|---------------------------|
| 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。 |
| | 令和 年 月 日 |
| | 医療機関の 名称 所在地 医師名 |

印