

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者	記号	山12	氏名		男 女	生年 月日	昭和	年	月	日
	番号		個人番号				平成			
認定を受けようとする 被保険者のかかっている 疾病の名称			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							
備 考										

上記により、特定疾病の認定を申請します。

令和 年 月 日

世帯主の住所

世帯主の氏名

個人番号

電話番号

(宛先) 柳井市長

- 添付書類
1. 特定疾病にかかっていることに関する医師又は歯科医の意見書
 2. その他特定疾病にかかっていることを明らかにする書類