

国民健康保険特定疾病認定申請書

山陽小野田市長 宛

令和 年 月 日

次のとおり申請します。

世帯主 住所
氏 名
電話番号

受 療 者 氏 名			生年月日	年 月 日	
			個人番号		
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	山9ー	性 別	1 男 2 女	世帯主との 続 柄	
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(血友病)				
	3. 抗ウイ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係るものに限る。)				
添 付 書 類 (1 または 2)	1. 特定疾病にかかっていることに関する医師の意見書				
	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(前保険での特定疾病療養受療証等)				
他法の適用	1.自立支援医療(更正医療、育成医療)				
	2.重度心身障害者医療制度				
	3.難病(特定)医療費助成制度				
	4.その他()				