

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 一 _____

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-	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()				