第5号様式(第12条関係)

国民健康保険特定疾病認定申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者が記入する欄 | 被保険者証記号番号 | 　鹿出 |
| 認定対象者氏名及び生年月日 | 年　　月　　日 | 世帯主との続柄 | 　 |
| 個人番号 |  |
| 認定対象者の住所 | 　 |
| 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(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。) |

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の意見欄 | 診療開始日　　　　　年　　　月　　　日　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　　日医療機関の　名称　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　印 |

　上記のとおり申請します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

住所

　世帯主　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　個人番号

電話番号

　(宛先)出水市長