

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