

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の記号番号	86・		
認定を受けようとする被保険者の氏名及び生年月日	氏名		男・女
	生年月日	年	月 日
	個人番号		
令第29条の2第6項の規定による特定疾病名（番号に○印を付して下さい。）	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血友病（血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第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、厚生大臣の定める者に係るものに限る。）		

国民健康保険法施行規則第27条の13第1項により上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住 所 _____

氏 名 _____ 印

個人番号 _____

T E L _____

長 生 村 長 様

証 明 書

上記 _____ は

- （
1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全
 2. 血友病（血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第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、厚生大臣の定める者に係るものに限る。）
- ）

で

治療していることを証明します。

年 月 日

医療機関の 所在地

名 称

医師名

印

（注）更生医療券を持参された方は証明書の記載は必要ありません。