

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

福岡県豊前市長
殿

世帯主 住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

下記のとおり申請します。

被保険者証 記号番号			
認定申請 対象者	氏名		個人番号
	生年月日		
	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	

医師の 意見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">名称 医療機関の所在地 医師名</p>
----------------	---