

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和〇年〇月〇日

伊勢崎市長
臂 泰 雄 殿

市役所への
申請日を記入

申請者 住所 伊勢崎市今泉二丁目410番地
氏名 伊勢崎 太郎 個人番号 123456789876
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

下記のとおり申請します。

市役所へ提出時
に本人が記入

被 保 険 者 記 号・番 号	9999 - 9999			
認 定 申 請 対 象 者	氏 名	伊勢崎 花子	個人番号	987654321234
	生年月日	平成2年2月2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（H I V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	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
	〇年〇月〇日
	名 称 〇〇病院 医療機関の所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 医師名 〇〇 〇〇 (印)

本人による記入箇所

医療機関による記入箇所