国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者記号・番号	記号		番　号	
認定を受けようとする被保険者の氏名、生年月日及び個人番号			氏　名	男・女
			生年月日	年　月　日生
			個人番号	
特定疾病の名称（該当する番号に○印を付してください。）			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、厚生大臣の定める者に係るものに限る。）	

国民健康保険特定疾病認定書を上記のとおり申請いたします。

令和　　年　　月　　日

世帯主　住所

氏名

個人番号

（あて先）印西市長

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いたします。

令和　　年　　月　　日

医療機関　所在地

名　称

医師又は歯科医師名

（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。