様式第24号（第39条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記入欄 | 被保険者証 | 記号 | 鉾　　田 | 番号 |  |
| 被保険者 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日  |
|  |
| 続　柄 |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯主 | 氏　名 |  |
| 住所 |  |
| 疾病 | 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因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病）
3. 抗ウィ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，厚生労働大臣が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。　　年　　月　　日　名称医療機関の　所在地医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

上記のとおり申請します。

　　　　　年　　月　　日

世帯主　　住　　所

氏　　名

個人番号

電話番号

　鉾田市長　様