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