

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

秋田県湯沢市長  
佐藤 一夫 様

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 記 号 ・ 番 号			
認 定 申 請 対 象 者	氏 名		個人番号
	生年月日	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。  年 月 日  医療機関の 名称 所在地 医師名
-------------------------	--