

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

（あて先） 笠松町長

世帯主 住 所 笠松町

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 ( ) -

個人番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記の被保険者について特定疾病の認定を申請します。

被保険者記号・番号	区分 <input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	個人番号																	
氏名	生年月日		続柄																
	S・H・R 年 月 日生																		

医師の意見欄

疾 病 名(該当疾病をチェック)

- 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全
- 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
- 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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名