

国民健康保険特定疾病認定申請書

平成 年 月 日

(あて先) 岡 崎 市 長

(世帯主) 住 所... 岡崎市十王町2丁目9番地.....

氏 名 岡 崎 太 郎.....

(電話 局 番)

次のとおり申請します。

世帯主が記入する欄	被保険者証記号番号	0 1 2 3 - 4 5 6 7		
	認定対象者の氏名	岡 崎 花 子		
	認定対象者の生年月日	S H 3 5 年 1 月 1 日	世帯主との続柄	妻
	疾 病 名	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第 因子障害又は先天性血液凝固第 因子障害等 ② 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含む。)		

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	病院		
	医療機関の所在地	市	町	番地
	医師名	印		

3の疾病の申請には、血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症であることが確認できる書類（裁判による和解調書の抄本・通知書の写し）を添付すること。

[この場合、医師の意見欄の記載は要しない。]

起案年月日		課長	班長	主任主査
決裁年月日				
施行年月日				

受 付 印

受付	入力	審査	決定
----	----	----	----