

国民健康保険特定疾病認定申請書

認定対象者	被保険者証番号	佐 渡	
	氏 名		世帯主との続柄
	生 年 月 日	年 月 日	
疾 病 の 名 称	<p>1 人工透析治療を行う必要性のある慢性腎不全</p> <p>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</p> <p>3 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅸ因子障害</p> <p>4 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限る）</p>		
医 師 の 意 見 欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関 名称</p> <p>所在地</p> <p>医師名</p>		
<p>上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険特定疾病受療証の交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 新潟県佐渡市</p> <p>世帯主</p> <p>氏 名</p> <p>佐渡市長 様</p>			