

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号	伊仙国保・	世帯主 氏名	
	認定対象者 氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日		世帯主との 続柄	
	疾 病 の 名 称	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 3、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

上記のとおり特定疾病の認定を申請します。

平成      年      月      日

住 所

氏 名

印

### (特定疾病認定の申請にかかる医師の意見書)

上記の疾病で現在加療中であり、今後とも長期の加療を要する物と認めます。

平成      年      月      日

医療機関の 名 称

所在地

医師名

印

### 認定決定伺

上記のとおり特定疾病の認定を決定してよろしいですか。

課 長	課長補佐	係 長	係