

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

小田原市長

世帯主 住所 _____
氏名 _____ 電話番号 _____
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（H I V 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）									

医 師 の 意 見	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
	印	

来庁者	
1点確認	免許・免歴・パ・個・障・療・在・他（ ）
2点確認	保証・後証・介証・年手・年証・マル親・他（ ）