

様式第14号(第22条関係)

| 国民健康保険特定疾病認定申請書 | | | |
|---|--|--|---------|
| 被保険者証の記号番号 | | | |
| 認定を受けようとする 被保険者の氏名 | | | 生 年 月 日 |
| | | | 個 人 番 号 |
| 医師又は歯科医師 の 意 見 欄 | 疾 病 の 名 称 | <ul style="list-style-type: none"> ・人工腎臓を実施している慢性腎不全 しょう ・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。) | |
| | <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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名 称</p> <p style="text-align: center;">医師名 (歯科医師) ㊟</p> | | |
| <p>上記のとおり特定疾病の認定を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 瑞穂市</p> <p style="text-align: right;">世帯主 氏名 ㊟</p> <p style="text-align: right;">電話() —</p> <p style="text-align: right;">個人番号</p> <p>瑞穂市長 様</p> | | | |