

様式第 1 4 号（第 2 2 条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書			
被 保 険 者 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	・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。)	
	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 所在地 医療機関の 名 称 医師名 (歯科医師)		
上記のとおり特定疾病の認定を申請します。 年 月 日 住所 瑞穂市 世帯主 氏名 電話() — 個人番号 瑞穂市長 様			