

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	〇〇〇〇〇		
認定を受けようとする 被保険者の氏名	瑞穂 花子	生 年 月 日	〇年〇月〇日
		個 人 番 号	111111111111
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 医師の証明をもらってください 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。			
〇 年 〇 月 〇 日 住所 瑞穂市 別府 1 2 8 8 番地 世帯主 氏名 瑞穂 太郎 電話(058) 327 — 4159 個人番号 999999999999 瑞穂市長 様			