

記入例

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	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	<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。)	
	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1288 世帯主 氏名 瑞穂太郎 ㊟ 電話(058)327-4159 個人番号999999999999 瑞穂市長 様			