

特定疾病認定申請書

申請者が記入する欄	被保険者証の記号・番号	○○○○○○○○ 保険証右上8桁の数字	認定対象者の個人番号		
	認定対象者の氏名	久喜 太郎		認定対象者の生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	疾病名	1 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 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3 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。)			

↑該当するものに○をつけてください

医師の意見欄	上記のとおり診療を受	
		〇〇年〇〇月〇〇日
		名称 医療機関の 所在地 医師名
		印

↑医療機関で記入を依頼してください。

※社会保険等で特定疾病療養受療証の交付を受けている方は不要です。

上記のとおり申請

〇〇年〇〇月〇〇日

久喜市長 あて

住 所 久喜市××××

世帯主 氏 名 久喜 太郎

個人番号

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

申請の前にご確認ください

○この申請書は国民健康保険に加入されている方のみ使用してください。社会保険等に加入されている方は各保険組合にご相談ください。

○社会保険等で特定疾病療養受療証の交付を受けている場合は、必ず申請の際にお手持ちの特定疾病療養受療証をお持ちください。