

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者の 記号番号	記号 鎌	番号
認定を受けようとする被保険者の氏名及び生年月日	氏名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生
	個人番号	
令第29条の2第8項の規定による 特定疾病名(該当する番号に) ○印 を付して下さい。	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血友病(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Ⅳ因子障害) 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。)	

国民健康保険法施行規則第27条の13第1項により上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日
住所 鎌ヶ谷市
世帯主
氏名
鎌ヶ谷市長様

証 明 書

上記 _____ は、

- 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- 2 血友病(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Ⅳ因子障害)
- 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。)

で治療していることを証明いたします。

令和 年 月 日
医療機関の 所在地
名 称
医師又は歯科医師名

印

(注) 更生医療券を持参された方は証明書の記載は必要ありません。

受 付