

国民健康保険 特定疾病認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	組合員氏名		被保険者証 記 号 番 号	
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭・平・令 年 月 日生
	第一種組合員との続柄			
	認定対象者の住所			
	認定を受けようとする被保険者の疾病名 (いずれかに○印を付けてください)	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 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 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)		
医 師 の 意 見	上記のとおり、療養を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 名 称 _____ 保険医療機関の 所 在 地 _____ 担当医師名 _____ 印			

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

医療機関住所 _____

第一種組合員 医療機関名 _____

氏 名 _____ 印

山梨県医師国民健康保険組合理事長 殿