

国民健康保険特定疾病認定申請書

療養を受ける方	被保険者証 記号番号							
	被 保 険 者	氏 名					男 ・ 女	
		個人番号						
		生年月日	年	月	日	世帯主 との続柄		
医 師 の 意 見 欄	疾 病 名	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（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1「人工腎臓を実施している慢性腎不全」の場合の基礎疾患 ☐ 糖尿病性腎症 ☐ 腎硬化症 ☐ 慢性糸球体腎炎 ☐ その他()						
	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 住 所 保険医 医療機関名 氏 名 印							
高 鍋 町 長 殿 上記のとおり、特定疾病療養受療証の交付を申請します。 年 月 日 住 所 高鍋町大字 番地 世帯主 氏 名 電話番号								

【高鍋町処理欄】

資格確認	発 行	交 付