

様式第 3 2 号 (第 4 0 条の 4 関係)

国民健康保険
特定疾病認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号		番 号	
	個人番号				
	認定を受けようとする被保険者	氏名 (ふりがな)		生年月日	
	疾 病 名	1. 人工透析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 欄	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				
	名 称				
	医療機関の 所在地				
医師名					

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住 所
氏 名
個人番号
電話番号

鹿嶋市長

様