

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

埼玉県和光市長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号			
認定申請 対象者	氏名		個人番号
	生年月日	年 月 日	
	疾病名	1 先天性血液凝固(第Ⅷ・第Ⅸ)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	

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
	医療機関の 名称 所在地 医師名

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 ( ) ニ 却下 (理由 )	受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 年 月 日
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ	