

特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

美幌町長 様

申請者 住所
(世帯主) 氏名
個人番号

国民健康保険法施行規則第27条の13の規定により、下記の被保険者について特定疾病の認定を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

被保険者	氏名
生年月日	昭・平・令 年 月 日生
個人番号	

被保険者の
記号・番号 美幌

疾病の名称

- 1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害(いわゆる血友病)
- 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(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。)

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付してください。

医師の 意見 欄	上記のとおり 月 日から治療を受けていることを証明します。
	令和 年 月 日
	医療機関名
	医師名 (印)

※特定疾病の資格取得は申請のあった月の初日からとなります。