

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証 記号・番号	高国・			
認定申請 対象者	氏名		個人番号	
	生年月日	年 月 日		
	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		

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。  令和 年 月 日  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">                     名称                      医療機関の所在地                      医師名                 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> </div>
------------------------	--

(当該疾病にかかっていることを証する書類があれば医師の意見欄の記載は不要です。)

令和 年 月 日

上記のとおり申請します。

(宛先) 高槻市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_

(世帯主)

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_