国民健康保険特定疾病認定申請書

記号	野　田	番号	
認定を受けようとする被保険者の氏名、生年月日及び個人番号		氏名	
		生年月日	昭和　平成　令和　　年　　月　　日
		個人番号	
令２９条の２第５項の規定による特定疾病名（該当する番号に〇印を付してください）		1　人工腎臓を実施している慢性腎不全 2　血友病（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限る）	

国民健康保険法施行規則第２７条の１３により上記のとおり申請いたします。

令和　　年　　月　　日

世帯主　　住所　野田市

氏名　　印

個人番号

電話番号

証　明　書

上記＿＿＿＿＿＿＿＿は

1　人工腎臓を実施している慢性腎不全
2　血友病（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限る）

で治療していることを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

医療機関　　所在地

名　称

医師又は歯科医師名　　印