

国民健康保険特定疾病療養認定申請書

年 月 日

(宛先) 桑名市長

世帯主 住所

氏名

個人番号

下記のとおり申請します。

被保険者証 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 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。
	年 月 日 医療機関の 名称 所在地 医師名

印