

滝沢市国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

滝沢市長 殿

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 記 号 ・ 番 号				
認 定 申 請 対 象 者	氏 名		個人番号	
	生年月日	昭和・平成・令和 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			