

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者 記号・番号		
被 保 険 者	氏 名	
	生年月日	
	住 所	
疾病の名称 (該当番号に○)	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 または先天性血液凝固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係るものに限る。)	
添 付 書 類 (該当番号に○)	1 医師の証明書  2 以前加入していた健康保険の特定疾病療養受療証の写し	

大雪地区広域連合長 宛

関係書類を添えて国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

申 請 者 \_\_\_\_\_