

## 国民健康保険 特定疾病認定申請書

被保険者証の記号番号	南 -	
認定対象者の氏名及び 生年月日		昭和・平成  年 月 日生
認定対象者の住所		
疾病の名称	<p>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第 因子障害又は先天性血液凝固第 因子障害（いわゆる血友病）</p> <p>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。）</p>	

医師の意見書	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 <span style="float: right;">印</span></p>	
--------	--	--

上記のとおり申請します。		
平成 年 月 日		
世帯主の住所	南山城村大字	小字
氏名	印	
南山城村長 様		