

特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	世帯主		男・女	生 年 日 月 日	昭・平・令 年 月 日	
	氏名		男・女	生 年 日 月 日	昭・平・令 年 月 日	
	被保険者 記号番号			世帯主と の続柄		
	住所	安芸市				
	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（いわゆる血友病） 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）				

医師の意見欄	うえ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	
	医療機関名称	
	所在地	
	医師名	印

上記のとおり、特定疾病の認定について申請します。

年 月 日

住 所

世帯主氏名

安 芸 市 長

様