

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 月 日	昭・平・令 年 月 日	
	認定対象者	氏名		男・女	生 年 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 先天性血液凝固因子障害（第Ⅷ因子、第Ⅸ因子） 3 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因子障害等				

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					

上記のとおり、特定疾病の認定について申請します。

令和 年 月 日

住 所

世帯主氏名

安 芸 市 長 様