課長	課長補佐	係長	課 員	入力日	交付日	台帳

受付	本庁送付

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証記号番号	記号	43	番　号		
認定を受けようとする被保険者の氏名及び生年月日			氏　　名		男 ・ 女
			生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
令第２９条の２第５項の規定による特定疾病名（該当する番号に○印を付してください。）			１　人工腎臓を実施している慢性腎不全 ２　血友病（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Ⅳ因子障害） ３　抗ウィ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、厚生大臣の定める者に係るものに限る。）		

国民健康保険法施行規則第２７条の５第１項により上記のとおり申請いたします。

令和　　年　　月　　日

世帯主　住所　南房総市

氏名

南房総市長　　宛

証　　明　　書

上記 {１　人工腎臓を実施している慢性腎不全
２　血友病（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Ⅳ因子障害）
３　抗ウィ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、厚生大臣の定める者に係るものに限る。）}

で治療していることを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

医療機関の所在地

名　称

医師又は歯科医師名

※医師又は歯科医師が署名した場合、押印は不要です。