

様式第32号(第40条の4関係)

課長	副参事	課長補佐	係	係

国民健康保険
特定疾病認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者 記号・番号	記号	鹿	番号	(枝番)
	個人番号				
	認定を受け ようとする 被保険者	氏名(ふりがな)		生年月日	
	疾 病 名	1. 人工透析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 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。)			

医 師 の 意 見 欄	上記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
	名 称
	医療機関の 所在地
	医師名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所
氏 名
個人番号
電話番号

鹿嶋市長

様