

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市 区長

住 所

申請者
(世帯主) 氏 名

電 話 ()

特定疾病の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

記号・番号	40							申請者個人番号	
								対象者個人番号	
認定対象者の氏名							生 年 月 日	年 月 日	
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因子障害等 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 書
上記疾病にかかっていることに相違ありません。 年 月 日 名 称 保険医療機関等 所在地 医師名

処 理 欄	(備 考)					入 力 確 認
	課 長	係 長	係 員	決 裁	受 付	
				年 月 日起案		
			年 月 日決裁			