

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

竹田市長様

世帯主 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

被保険者証 記号番号			
認定 申請 対象 者	氏名		個人番号
	生年月日		
	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 その他 ( )	

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
	印