

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の記号番号	記号	横芝光	番号	
認定を受けようとする被保険者の氏名、性別、生年月日及び個人番号	氏 名			男 ・ 女
	生年月日		年 月 日	
	個人番号			
令第29条の2第8項の規定による特定疾病名  ※該当する番号に○を付すること。	1 人工腎臓（いわゆる人工透析）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（いわゆる血友病） 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。）			
国民健康保険法施行規則第27条の13第1項により上記のとおり申請いたします。  令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">                     世帯主 住 所 横芝光町                      氏 名                      個人番号                 </div>				

## 証 明 書

上記の被保険者は

- 1 人工腎臓（いわゆる人工透析）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（いわゆる血友病）
- 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。）

のため治療していることを証明いたします。

※該当する番号に○を付すること

令和 年 月 日  
 医療機関の所在地  
 医療機関の名称  
 医師又は歯科医師名

(注) 更正医療券を持参された方は証明書の記載は必要ありません。