# 国民健康保険特定疾病認定申請書

<table>
<tr><td rowspan="4">被保険者記入欄</td><td>国保整理番号</td><td colspan="2"></td><td>被保険者記号・番号</td><td colspan="2">２ヒ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">認定を受けようとする被保険者</td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="4">－　　－</td></tr>
<tr><td>疾病名</td><td colspan="5">１　人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>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<br>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）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>医師の意見欄</td><td>上のとおり診療を受けていることに相違ありません。<br><br>令和　　年　　月　　日<br><br>医療機関　　名称<br>所在地<br>医師名</td></tr>
</table>

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　　（　　） .....

日立市長　殿

※保険者記入欄

| 課　長 | 係　長 | 係 |
|---|---|---|
| | | |

| 一　般　・　退　職 |
|---|
| 70 歳未満　・　70 歳以上 |
| 1 万円　・　2 万円 |