

様式第4（第5条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者記入欄	疾病名	1 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（血友病） 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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。）												
	被保険者証の記号番号	島85－ (枝番)												
	認定対象者氏名	男・女	世帯主との続柄											
			生年月日			年			月			日		
	個人番号													
認定対象者住所														
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 療養取扱機関 所在地 医師名													
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 氏名 浪江町長														
※処 理	被保険者区分	発効期日			受療証交付年月日				担当者					
	1 一般被保険者	年 月 日			年 月 日交付									
	2 退職被保険者	から有効												
	3 2の被扶養者													

※欄は、申請者は記入する必要はありません。