

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ー ○○○○○○○○ (枝番)											
	認定対象者氏名	浪江 花子					男 女	世帯主との続柄	子				
	個人番号	1	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
	認定対象者住所	浪江町大字○○○字○○ ○○番地											
医師の意見欄	上記	この欄は病院で医師に記入をしてもらってください。 療養取扱機関 所在地 医師名											
上記のとおり申請します。 令和 3 年 2 月 1 日 世帯主 住所 福島県双葉郡浪江町大字○○字○○ 氏名 浪江 太郎 浪江町長													
※処	被保険者区分	発効期日					受療証交付年月日					担当者	
理	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。