伺	課長	係長	担当者

国民健康保険特定疾病認定申請書

個人番号												
被保険者の記号番号	記号		大村				番号					
認定対象者 氏　　名 生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日								世　帯　主 との続柄			
認定対象者 住　　所	大村市											
疾病名	1　人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析） 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（血友病） 3　抗ウィ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。）											

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。 令和　　年　　月　　日 医療機関の名称 所在地 医師名

大村市長　様

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

世帯主の住所　大村市

氏名　　連絡先　　－　　－

世帯主の個人番号												