

特定疾病認定申請書

下記のとおり申請します。

年 月 日

住所

申請者（世帯主）

電話

大町町長 殿

認定を受ける被保険者名				生年月日	年	月	日
記号番号	大						通知番号
認定を受ける被保険者の疾病の名称	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8因子障害及び第10因子障害（血友病）					
	3	抗ウイルス薬を投与している後天性免疫不全症候群（ただし、血液凝固因子製剤の投与に起因するもののみ）					
医師の署名	患者氏名						
	疾病の名称		1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析） 2. 血友病 3. 抗ウイルス薬を投与している後天性免疫不全症候群				
	上記のとおり特定疾病にかかっていることを証明します。 平成 年 月 日 医療機関名： 医師名：						
確認	課長	課長補佐	係長	係員	受付		

印