

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者 記号番号	記号	成 田	番 号						
認定を受けようとする被保険者の氏名、生年月日及び個人番号			氏 名						
			生年月日	年	月	日			
			個人番号						
特定疾病名(該当する番号に○印を付してください。)			1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血友病(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) 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)						
国民健康保険法施行規則第27条の13第1項により上記のとおり申請いたします。									
年 月 日									
世帯主 住 所									
氏 名									
個人番号									
(あて先)成田市長									

(注)国民健康保険法施行規則第27条の13第1項第2号に掲げる疾病にかかっていることに関する医師又は歯科医師の意見書その他当該疾病にかかっていることを証する書類を添付してください。