様式第３８号（第３０条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

年　　月　　日

（提出先）

川越市長

申請者　住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり申請します。

被保険者記号・番号				
認定申請対象者	氏　　名		個人番号	
	生年月日	年　　月　　日		
	疾病名	1　人工腎臓透析治療を実施している慢性腎不全 2　血漿（しょう）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 3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		
医師の意見欄	上記のとおり診療を受けることに相違ありません。 年　　月　　日 名　称 医療機関の　所在地 医師名			

※申請の際、慢性腎不全に係る更正医療券の提示を行うこと等により、該当疾病にかかっていることが明らかである場合については、医師の意見欄を記入する必要はありません。

※下記の欄には記入しないでください。

認定年月日	年　　月　　日
交付年月日	年　　月　　日

受付印	
受付担当者	