

特定疾病認定申請書

認定を受けようとする被保険者の記入欄	被 保 険 者	記 号				番 号				
	氏 名					生 年 月 日	年 月 日			
	個 人 番 号									
	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（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。）								

医 師 の 意 見 書 欄	上記の疾病について、診療を受けることに相違ありません。 年 月 日 医療機関 名 称 所在地 医師名 ※ 署名又は記名押印をしてください。
---------------------------------	--

上記のとおり申請します。

年 月 日

(提出先)
川越市長

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

※申請の際、慢性腎不全に係る更生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	