

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

伊丹市長 様

世帯主 住所

氏名 個人番号

下記のとおり申請します。

被保険者証 記号番号			
認定 申請 対象者	氏 名		個人番号
	生年月日		
	疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 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、診療を受けていることに相違ありません。	
	令和 年 月 日	
	名称	
	医療機関の所在地	
	医師名	印