

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 兵庫県伊丹市〇〇1-2-3

氏名 伊丹 太郎 個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇

下記のとおり申請します。

被保険者証 記号番号	1234567		
認定 申請 対象者	氏 名	伊丹 花子	個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
	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	〇〇 医院	
	医療機関の 所在地	伊丹市 〇〇〇〇	
	医師名	〇〇 〇〇	
	印		