

# 特定疾病認定申請書

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所

申請者（世帯主）

電話

大町町長 殿

認定を受ける被保険者名		生年月日	年 月 日
-------------	--	------	-------

記号番号	大							個人番号												
------	---	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定を受ける被保険者の疾病の名称	1	人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析）
	2	血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第8因子障害及び第10因子障害（血友病）
	3	抗ウイルス薬を投与している後天性免疫不全症候群（ただし、血液凝固因子製剤の投与に起因するもののみ）

医師の署名	患者氏名	
	疾病の名称	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析） 2. 血友病 3. 抗ウイルス薬を投与している後天性免疫不全症候群
	上記のとおり特定疾病にかかっていることを証明します。 令和 年 月 日  医療機関名：  医師名： <span style="float: right;">⑩</span>	

確認	課長		副課長		係長		係員		受付	
----	----	--	-----	--	----	--	----	--	----	--