様式第３号（第４条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者記入欄	疾病名 ※該当する番号を○で囲んでください。	１．人工腎臓を実施する慢性腎不全（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Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ障害（血友病） ３．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 （HIV感染を含み、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症に関する医療を受けている者に限る。）		
	被保険者記号・番号	島９２　　－		
	個人番号			
	認定対象者氏名		世帯主との続柄	
			生年月日	年　月　日
	認定対象者住所			
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。 年　月　日 名称 保険医療機関　所在地 医師名			

上記のとおり申請します。

年　月　日

個人番号	

住所

世帯主

氏名

（電話　　－　　－　　）

南相馬市長

＊処理	被保険者区分	発効期日	受療証交付年月日	担当者
	1　一般被保険者 2　退職被保険者 3　2の被扶養者	年　月　日から有効	年　月　日交付	

＊欄は、申請者は記入する必要はありません。