

様式第 1 7 号(第 2 1 条関係)

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主記入欄	認定対象被保険者の氏名及び生年月日		年	月	日
	被保険者の記号及び番号		世帯主との続柄		
	個人番号				
	疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血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(いわゆる血友病) 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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)			

医 師 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				
	医療機関	所在地			
		名 称			
	医師の氏名				印

上記のとおり申請します。

年 月 日

大崎市長 様

申請人 住 所

(世帯主) 氏 名

個人番号

電 話 ()

※ 人工腎臓を実施している慢性腎不全の場合	
受 付 処 理 欄 (レ点チェック)	☐ 1 万円 ☐ 2万円 (☐ 上位所得者, ☐ 未申告)