

国民健康保険特定疾病認定申請書

記号・番号	記号 君津	番号		
認定を受けようとする被保険者の 氏名、個人番号及び生年月日		氏名		男・女
		個人番号		
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
令第29条の2第5項の規定による 特定疾病名（該当する番号に○印を付けて下さい。）		1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血友病（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（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。）		

上記のとおり申請をいたします。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

印

個人番号

君津市長 様

証明書

上記 は 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全
2. 血友病（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（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。） で

治療していることを証明いたします。

令和 年 月 日

所在地

医療機関の

名称

医師又は歯科医師名

印

(注) 更正医療券を持参された方は証明書の記載の必要はありません。