

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（H I V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	<div>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（H I V感染を含み厚生労働大臣の定 める者に係るものに限る。）</div>	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。