国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の記号番号	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（該当する番号に〇印を付けて下さい。）		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

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

医療機関の　所在地

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。