国民健康保険
特定疾病認定申請書

認定対象者の方の記入欄	被保険者番号	－　　－	個人番号	－　　－
	氏名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	住所	坂井市		
	疾病名 （〇を記入ください）	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等（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）		

医師の意見欄	上記の疾病で診療を受けていることに相違ありません。 令和　　年　　月　　日 医療機関　所在地 名称 医師名

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

世帯主　住所 坂井市

氏名

個人番号

電話番号

（世帯主以外の方が申請の場合、申請人氏名を記入ください。）

申請人　住所

氏名

電話番号

坂井市長 殿

課長	係	受付

所得区分	一般　・　上位（ ア ・ イ ）
発効年月日	令和　　年　　月　　日
発行年月日	令和　　年　　月　　日
本人確認	運転免許証、（　　）
個人番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票