

決 定 年 月 日
年 月 日
発 効 年 月 日
年 月 日

決 定 伺	課 長	補 佐	主 査	班

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者 記号・番号	記 号	番 号	
---------------	-----	-----	--

認定を受けようとする 被保険者の氏名及び生年月日	氏 名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生

令第29条の2第8項の規定による特定疾病名（該当する番号に○印を付してください。）	<ol style="list-style-type: none"> 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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（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）
---	--

国民健康保険法施行規則第27条の13第1項により上記のとおり申請いたします。

年 月 日

世帯主 氏名

住所

電話

あて先 千葉市長 メールアドレス @

証 明 書

上記_____は	<ol style="list-style-type: none"> 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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（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） 	で
----------	--	---

治療していることを証明いたします。

年 月 日

医療機関の

名 称
所在地

医師又は歯科医師名