

様式第 24 号の 7 (第 39 条の 2 関係)

部 長	次 長	課 長	課長補佐	課 員	交付番号	第 号
					交付年月日 (決裁年月日)	
					年 月 日	
起案年月日		年 月 日		起案者		
下記申請書のとおり認定してよろしいか。						

国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記 号	石 岡	番 号		
	認定を受けよう とする被保険者	氏名			生年月日	
					年 月 日	
	個人番号					
疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 (人工透析) 2 血漿分画製剤を投与している第 8 因子障害又は 先天性血液凝固第 9 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					

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。				
	年 月 日				
	名 称				
	医療機関 所在地				
医師名 印					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所
世帯主 氏 名
個人番号

石岡市長 殿