

様式第 29 号 (第 37 条関係)

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

庄内町長 宛

世帯主 住所  
氏名

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者記号・番号																				
認定申請対象者	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 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 (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者に限る。)																		

医師の意見書欄	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  医療機関の名称 所在地 医師名																	
---------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

摘要	発効年月日	年 月 日			交付年月日	年 月 日		
----	-------	-------	--	--	-------	-------	--	--