国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証 記号・番号	06－	保険者 番　号	120063

認定を受けようとする被保険者の 氏名、生年月日及び個人番号	氏　名		男・女
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日生	
	個人番号		

国民健康保険施行令第29条の2 第8項の規定による特定疾病名 （該当番号に〇印を付してください。）	1．人工腎臓を実施（例えば人工透析治療）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。

令和　　年　　月　　日

世帯主　住　所　木更津市

氏　名　　印

個人番号

電話番号

木更津市長　　様

証　明　書

上記＿＿＿＿＿＿＿＿は

1．人工腎臓を実施（例えば人工透析治療）している慢性腎不全

※上記の主要原疾患（該当する番号に〇）

1　糖尿病性腎症　　2　腎硬化症

3　慢性糸球体腎炎　　4　多発性嚢胞腎

5　慢性腎盂腎炎　　6　SLE腎炎

7　その他（　　）

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ものに限る）

で

あることを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

医療機関　所在地

名　称

医師又は歯科医師名　　印

（注）更生医療券を持参された方は、証明書の記載は必要ありません。