

特定疾病認定申請書

	課 長	係 長	係 員	認定欄
決 裁				認定 可
				認定不可

被保険者記号・番号		山 1 0	
認定対象者	氏 名		
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	
	個人番号(マイナンバー)		
特定疾病名	1	人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全	
	2	血友病（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）	
	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、厚生労働省大臣の定める者に係るものに限る)	

医 師 の 意 見 欄	上記の疾病につき、治療を受けていることに相違ありません。		
	令和 年 月 日		
	医療機関名	名称	
	所在地		
	医 師 名		

(あて先)光市長 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日	
申請者 (世帯主)	住所
	氏名
	個人番号 (マイナンバー)
	(電話番号 - -)

更正医療券や前保険での特定疾病療養受療者証等、特定疾病にかかっていることがわかるものを提示することで医師の証明が不要となります。(受付：)