

特 定 疾 病 認 定 申 請 書

申請者記入欄	疾病名	1 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 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症に関する治療を受けている人に限る)				
	被保険者証の記号・番号	島4ー				
	認定対象者名氏		男	世帯主との続柄		
	認定対象者個人番号		女	生年月日	年 月 日	
	認定対象者住所					
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 療養取扱機関 所在地 医師名 印					
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 印 個人番号 <input type="text"/> 電話番号 (代理人) 須賀川市長						

特 定 疾 病 認 定 伺

適法と認められるので、特定疾病療養受療証を交付してよろしいか伺います。

課長		課補長佐		係長		係員	
伺年月日	年 月 日		決裁月日	年 月 日			
* 処 理	被保険者区分	発効期日		受療証交付年月日		担当者	
	1 一般被保険者						
	2 退職被保険者	年 月 日から有効		年 月 日交付			
	3 2の被扶養者						