

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) | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者記号・番号 | 島4ー | | | | | | | | | | | |
| | 認定対象者氏名 | | | | | | | | | 男 | 世帯主との続柄 | | |
| | 認定対象者個人番号 | | | | | | | | | | | 女 | 生年月日 |
| | 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 | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 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 | | | | | | |