

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									世 帯 主 と の 続 柄					
	認 定 対 象 者 個 人 番 号													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														
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	年 月 日から有効			年 月 日交付		
	2 退職被保険者						
3 2の被扶養者							