

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 ・ 女	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 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	
*	発 効 期 日		有 効 期 限		受療証交付年月日		担当者
	年 月 日		年 月 日		年 月 日交付		