

国民健康保険特定疾病認定申請書

年　　月　　日

大分市長
足立 信也 殿

申請者 住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号					1
認定申請対象者	氏名			個人番号	
	生年月日	年　月　日			
	疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 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			

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 医療機関の所在地 医師名				

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公募 () ニ 却下 (理由))			受付番号(第 交付番号(第 認定等年月日 令和 年 月 号) 号)
		所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ		