

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

(あて先) 沼津市長

住 所

世帯主の氏名

印

個人番号

電 話

下記の者が、厚生労働省令に定める特定疾病療養該当者であることを認定願います。

## 記

認定を受けようとする被保険者	被保険者証 記号・番号	一般・退職本人・退職被扶養者	
	氏 名		男 ・ 女
	個人番号		
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	
認定疾病名	1 人工透析治療を実施している慢性腎不全 2 血友病 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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)		
医師の意見	上記疾病について診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 印		