様式第8号(第8条関係)

国民健康保険特定疾病認定申請書

年　　月　　日

　古殿町長

住所

申請者

(世帯主)氏名

　国民健康保険法施行規則第27条の13第1項の規定により，次のとおり，関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者(世帯主)しようじんじん | 疾病の名称 | 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(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。) |
| 被保険者証の記号番号 | 　 |
| 認定を受けようとする者の氏名 | 　 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |
| 医師又は歯科医師の意見 | 　上記のとおり相違ないことを証明する。　　　　　　年　　月　　日 |
| 　 | 保険医療機関等の名称及び所在地 | 　 |
| 医師又は歯科医師の氏名　　　　　　　　　　印　 |

備考　疾病の名称の欄は，該当するものの番号を○で囲んでください。