**国民健康保険特定疾病認定申請書**

　　　　　　　　　　年　　月　　日

　唐津市長　様

　　世帯主　　住所

　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　個人番号

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定申請対象者 | 被保険者  記号・番号 |  | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 個人番号 |  |
| 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（血友病）  ３　抗ウィ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。） | | |

　※個人番号は医師の意見欄記載後に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の意見欄 | 上記のとおり、特定疾病にかかり、診療を受けていることに相違ありません。  　　年　　月　　日  医療機関　　名 称  所在地  医師名 　　　　　　㊞  　　　　（自署の場合は押印不要） |