

常務理事	事務局長	事務長	業務係	会計・庶務係

照 合 事 項	資 格	受 付

国民健康保険特定疾病認定申請書			
被保険者証記号・番号	—		
認定対象者の氏名		組合員との続柄	
認定対象者の個人番号			
認定対象者の生年月日	昭・平・令 年 月 日		
疾 病 名	<ul style="list-style-type: none"> <li>人工腎臓を実施している慢性腎不全</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>		
医 師 の 意 見 欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の 所在地及び名称</p> <p>氏 名 <span style="float: right;">⑩</span></p>		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>個人番号</p> <p>宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			