

常務理事		事務局長	課 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		- 人工腎臓を実施している慢性腎不全 - 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） - 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V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 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。 令和 年 月 日 医 療 機 関 の 所在地及び名称 氏 名 ⑩		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 組 合 員 住 所 氏 名 個人番号 宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿			