

国民健康保険特定疾病認定申請書			
認定対象被保険者の氏名及び生年月日		年 月 日	
被保険者記号番号		み多 A	個人番号
疾病名		1 人工腎臓(人工透析)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	上のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 名 称 医療機関 所在地 医師名		
上記のとおり申請します。 年 月 日 多賀城市長 殿 申請者（世帯主） 住 所 氏 名 個人番号 電話番号			