

特 定 疾 病 認 定 申 請 書

申 請 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号・番号												
	認定対象者 の氏名及び 個人番号											認定対象者 の 生年月日	年 月 日
	疾 病 名	1 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 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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。)											

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。											
	年 月 日											
	医療機関の名称											
	所在地											
	医 師 名 ⑩											

上記のとおり申請します。

年 月 日

毛呂山町長 あて

個人番号

世帯主 住 所

氏 名

備考 申請の際、慢性腎不全に係る自立支援医療受給者証の提示を行う等により当該疾病にかかっていることが明らかである場合は、医師の意見欄は記入する必要はありません。