

特定疾病認定申請書

記号・番号	道医 —	認定を受けようとする被保険者	氏名												
			生年月日	年	月	日	生								
			個人番号 (マイナンバー)												

認定を受けようとする被保険者の疾病名

(いずれかに○印をつけて下さい)

- 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
- 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

上記のとおり、療養を受けていることに相違ありません。

令和 年 月 日

名称

保険医療機関の

所在地

担当医師名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所

組合員

氏名

北海道医師国民健康保険組合理事長 様