様式第３０号（第２５条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

年　　月　　日

朝霞市長　殿

申請者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり申請します。

被保険者記号・番号	

認定申請対象者	氏名		個人番号	
	生年月日	年　月　日		
	疾病名	１　人工腎臓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因子障害等 ３　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

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 名称 医療機関の　所在地 医師名