記入見本

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

令和△年　**△**月　**△**日

朝霞市長　殿

申請者　住所　**朝霞市本町１－１－１**

氏名　**朝霞　太郎（世帯主氏名）**　個人番号　123456789123

電話番号　**○○○－○○○－○○○○**

下記のとおり申請します。

被保険者記号・番号	**朝霞-123456**

認定申請対象者	氏名	**朝霞　花子**	個人番号	012345678912
	生年月日	**昭和△△**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。 **令和△**年　**△**月　**△**日 医療機関の　名称　**○○○○病院** 所在地　**○○市○○町○丁目○○番地○○号** 医師名　**国保　一郎**

（注）申請の際、慢性腎不全に係る更生医療の受療証等の提示を行うこと等により当該疾病にかかっていることが明らかである者については、医師の意見欄は記入する必要はありません。