

特 定 疾 病 認 定 申 請 書

申請者が記入する欄	被保険者証の記号・番号	朝霞一	被保険者の個人番号	
	認定対象者の氏名		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。)		

医師又は歯科医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
	<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">                     名 称                      医療機関                      所在地                 </p> <p style="text-align: right;">                     医師又は                      歯科医師名                 </p> <p style="text-align: right;">  </p>

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 朝霞市  
 世帯主 氏 名  
 個人番号

朝霞市長 宛

(注) 申請の際、慢性腎不全に係る更生医療券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者については、医師又は歯科医師の意見欄は記入する必要はありません。