

受付者	確認

特定疾病認定申請書

申請者が記入する欄	被保険者証	記号	番号
	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日	
	個人番号	()	年 月 日
疾病名	1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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 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かかるものに限る。)		

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			印

上記のとおり特定疾病の認定を申請します。

年 月 日

(宛先)富士見市長

申請者 住所
 (世帯主) 氏名
 個人番号 ()
 電話

(注) 申請の際、慢性腎不全に係る更正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、医師の意見欄を記入する必要はありません。

記入例

特定疾病認定申請書

申請者が記入する欄	被保険者証 記号	F 1 2 3	番号	4 5 6 7	
	認定対象者の氏名	富士見 太郎		認定対象者の生年月日	昭和21年2月18日
	個人番号	(1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3)			
疾病名	1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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 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かかるものに限る。)				

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。			
	平成29年 2月 1日			
	医療機関の名称	富士見中央病院		
	所在地	富士見市鶴瀬北1-1-1		
	医師名	埼玉 次郎	印	

上記のとおり特定疾病の認定を申請します。

平成29年 2月10日

(宛先)富士見市長

申請者 住所 富士見市大字鶴馬1800番地の1
(世帯主) 氏名 富士見 太郎
個人番号 (123456789123)
電話 049-251-2711

(注) 申請の際、慢性腎不全に係る更正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、医師の意見欄を記入する必要はありません。