# 特　定　疾　病　認　定　申　請　書

| 認定対象者の個人番号 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請者が記入する欄 | 被保険者記号・番号 | 中５　１２３４５６７ | | |
| | 認定対象者の　氏　名 | 蕨　太郎 | 認定対象者の生年月日 | ００年００月００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<br>②　人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br>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。<br>年　　月　　日<br>医療機関の　名　称<br>所在地<br>医　師　名<br>こちらは医師意見欄になりますので、担当医師から証明を受けてください。 |

上記のとおり申請します。

００年　００月　００日

蕨市長　あて

世帯主　住　　所　蕨市中央５丁目１４番１５号

氏　　名　蕨　太郎

個人番号　000000000000

電話番号　０４８（４３２）３２００

（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、医師の意見欄は記入する必要はありません。